

"Alltid på feil sted"

*Tverrgående ledelse - om å lede sykehus-
avdelinger som ligger på forskjellige steder*

Ingegerd Aagenæs



Masteroppgave
Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

20 mai 2012

Forord

De siste års omorganiseringer i helsevesenet har vært diskutert ofte i media, og som student på MHA studiet (Master i helseadministrasjon), var dette også et av temaene som var forelest om og som ofte ble diskutert. Fusjoner av sykehus til større foretak har ført til en reduksjon i antall avdelingsledere. To eller flere fusjonerte avdelinger, har fått felles avdelingsleder også når de ligger fysisk adskilt, det jeg i oppgaven kaller tverrgående ledelse. Jeg bestemte meg for å skrive min masteroppgave om dette emnet, for å se hvordan denne ledelsesmodell fungerer.

Jeg vil takke alle mine medhjelpere som har støttet meg i prosessen for å få ferdig oppgaven som nå er et aktuelt tema. Det er kanskje litt for mye å håpe at denne oppgaven vil føre til at helsepolitikere fjerner tverrgående ledelse på avdelingsnivå i fusjonerte helseforetak, men jeg håper den medvirker til forståelse for og aktualisering av problemet.

Takk til min veileder, Gudmund Nordby, for hele tiden å realitets orientere meg, og oppmuntre meg til å fortsette i den retningen jeg la opp til, samtidig som han fikk meg til å klargjøre resultater i undersøkelsen som jeg i første omgang ikke la merke til.

Jeg vil takke informantene som muliggjorde oppgaven ved å ta seg tid til å intervjuer i en travel hverdag. I disse månedene etter intervjuene har de vært i mine tanker hver dag. Tusen takk til min arbeidsplass, Bilde og intervensjonsklinikken på Rikshospitalet som har gitt meg muligheten til å konsentrere meg om arbeidet med oppgaven. Spesiell takk til Bjarne Smevik som oppfordret meg til å søke på det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon, og som har kommet med konstruktive kommentarer i slutføringen av oppgaven.

Jeg er takknemlig for å ha en mann som Rolf, som under skriveprosessen hele tiden har kommet med oppmuntringer og konstruktive kommentarer. Han og min datter Vildes datatekniske kunnskaper har vært til stor hjelp i slutfasen.

Til slutt en takk til de ansatte ved Institutt for helse og samfunn og mine medstudenter på kull 24 for et lærerikt og inspirerende høstsemester, og spesiell takk til Deborah Arnfinsen for alltid å ha døren åpen, og som har kommet med oppmuntrende bemerkninger for å få ferdigstilt oppgaven, og til Jan Frich for å raskt å kunne sette seg inn i problemstillingen og komme med klargjørende teoretiske betraktninger.

Sammendrag

Det har skjedd store omorganiseringer i helsevesenet de siste årene, med fusjonering av flere sykehus til ett helseforetak. Hovedmålet med fusjoneringen er økonomiske innsparinger, mer effektiv drift og reduksjon av konkurrerende virksomhet ved å samle fagenhetene. Dette har medført at avdelinger er slått sammen, selv om de er lokalisert forskjellige steder.

Oppgaven tar for seg hvordan nye sammensatte avdelinger ledes og hvordan det fungerer. Tverrgående ledelse er en modell hvor en leder har ansvaret for to eller flere avdelinger som ligger på geografisk forskjellige steder.

Jeg utførte semistrukturerte dybdeintervjuer av fem overleger som hadde fungert i en tverrgående avdelingslederstilling siden fusjonen i tre forskjellige helseforetak.

Resultatene viste at alle intervjupersonene valgte å ha klinisk tjeneste i tillegg til lederstillingen fordi de mente at den kliniske tilknytningen var nødvendig for å forstå driften av avdelingen, samtidig som det var lettere å opprettholde det kollegiale forhold til sine medarbeidere. Utfordringen med å sitte i en tverrgående mellomlederposisjon var større enn for ledere som bare har ansvar for en enhet, fordi de skulle representere både sykehusledelsen og de ansatte på forskjellige lokalisasjoner. Medarbeidere på de ulike lokalisasjoner hadde ofte ulike synspunkter på sentrale driftsmessige og faglige spørsmål. Dette førte til at lederne kunne komme i en lojalitetskonflikt både mellom sykehusledelsen og de ansatte, og mellom de de ansatte på de ulike lokalisasjoner.

Undersøkelsen viste at alle intervjupersonene innførte en form for stedlig ledelse på de ulike lokalisasjoner fordi lederne mente at det var nødvendig for å ha en effektiv drift.

Denne oppgaven konkluderer med at det er store utfordringer for mellomledere i fusjonerte helseforetak. I en omorganiseringsfase bør sykehusledelsen vurdere å bevare og kanskje forsterke den stedlige ledelse på avdelings- og seksjonsnivå i stedet for å redusere den, fordi stedlig ledelse er nødvendig for å opprettholde det faglige nivået og driften av avdelingen.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
1 Introduksjon	7
2 Bakgrunn	8
2.1 Organisering i helsevesenet	8
2.1.1 Byråkratiske organisasjoner	8
2.1.2 Industrielle vs. profesjonelle organisasjoner	8
2.1.3 Faglig styring	9
2.1.4 Legenes fagkunnskap	10
2.1.5 Konkurrerende spesialister	10
2.2 Kliniske mikrosystemer	11
2.2.1 Definisjon av kliniske mikrosystemer	11
2.2.2 Betydningen av kliniske mikrosystemer	12
2.3 Ledelse i helsevesenet før og nå	12
2.3.1 Leger som ledere	12
2.3.2 Politikerne tar over styringen	13
2.3.3 Enhetlig ledelse	14
2.3.4 New Public Management	14
2.4 Ledelsesmodeller	15
2.4.1 Byråkratisering	15
2.4.2 Faglige ledere	15
2.4.3 Ledelse i helsevesenet internasjonalt	16
2.4.4 Hva er god ledelse?	17
2.4.5 Ledelse i kliniske mikrosystemer	18
2.4.6 Tverrgående ledelse	19
2.4.7 Debatten om ledelsesmodeller	19
2.5 Omorganisering i helsevesenet – fusjonsprosesser	21
2.6 Hva gjør endringer med organisasjoner	24
2.6.1 Kulturforskjeller ved omorganisering	24
2.6.2 Motstand mot endring	24
3 Materiale og metode	25
3.1 Valg av metode	25
3.2 Kvalitativ metode	26
3.3 Det kvalitative intervju	26
3.3.1 Det semistrukturerte dybdeintervju	27
3.4 Utvalg	28
3.5 Etske og metodologiske utfordringer	28
3.6 Behandling av data	29

3.7 Analyse	29
3.8 Refleksjoner over intervjusituasjonen	30
4 Resultater og refleksjoner	31
4.1 Organisering	31
4.1.1 Stilling og stillingsinstruks	31
4.1.2 Kombinere lederstilling med klinikk	32
4.1.3 Stordriftsfordeler	33
4.1.4 Stedlig versus tverrgående leder	35
4.2 Ansvar og myndighet	36
4.2.1 Strategi	36
4.2.2 Ressursutnyttelse	37
4.2.3 Byråkrati	38
4.3 Utsiktede effekter	39
4.3.1 Fokus på pasient eller økonomi?	39
4.3.2 Mister lederen pasientfokus?	40
4.3.3 Subkulturdannelse	41
4.4 utfordringer	41
4.4.1 Kulturforskjeller	41
4.4.2 Lojalitetskonflikter	42
4.4.3 Alltid på feil sted	43
4.4.4 Motstand mot endring	44
5 Generell diskusjon	46
5.1 Hvorfor klinisk arbeid i tillegg til full lederstilling?	47
5.1.1 Betydningen av klinisk arbeid	47
5.1.2 Hvorfor leger som ledere?	48
5.1.3 Klinisk arbeid som rettetmulighet?	48
5.1.4 Nødvendigheten av stedlig leder	49
5.2 Ansvar og myndighet	49
5.2.1 Misforholdet mellom ansvar og myndighet	49
5.2.2 Manglende beslutningsmyndighet	50
5.2.3 Mellom barken og veden	50
5.2.4 Lojalitet	51
5.3 Motstand mot endring	52
5.3.1 Sammenslåing av sykehus	52
5.3.2 Forholdet mellom tverrgående leder og medarbeidere	53
5.3.3 Forholdet mellom tverrgående leder og sykehusledelsen	53
5.3.4 Kulturforskjeller	54
5.3.5 Konkurrerende enheter	55
5.3.6 Hvorfor gjenta andres feil?	55
5.4 Validitet og overførbarhet	56
5.4.1 Validitet	56
5.4.2 Overførbarhet	57
6 Konklusjon	57
7 Referanser	60

8 Vedlegg	63
8.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv	63
8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide	65
8.3 Vedlegg 3: Kvittering på melding til NSD	67

1 Introduksjon

Da politikere og de øverste lederne i de regionale helseforetak vedtok fusjoner, sammenslåing av to eller flere sykehus til ett sykehus, la de aldri fram dokumentasjon på hvorfor den type omorganisering ville føre til mer effektiv og billigere drift. Det har alltid vært økonomiske motiver som er hovedgrunnen til omorganiseringene. Da de ved flere fusjonerte sykehus reduserte antall avdelinger, endret de samtidig på ledelsesmodellen ved å innføre tverrgående ledelse. Dette er en modell hvor flere fusjonerte avdelinger får en felles leder selv om avdelingene ligger fysisk adskilt. Det er laget flere nye betegnelser på denne type ledelse, jeg bruker betegnelsen tverrgående leder i denne oppgave. Andre har brukt betegnelsene spagatledelse eller stedsovergrepene ledelse. Jeg fikk interesse for emnet i en forelesning om lokal kvalitetsforbedring i PKS (Planlegging kvalitet og sikkerhet) faget, der begrepet kliniske mikrosystemer som de viktigste byggesteinen i en stor organisasjon, ble introdusert (omtalt grundigere senere i kapittelet). Disse teoriene burde vært brukt i planleggingen av fusjonsprosessene. Siden tverrgående ledelse er blitt innført ved flere fusjonerte helseforetak, vil jeg tro at teorien om kliniske mikrosystemer ikke er tilstrekkelig kjent for ledelsen i helsevesenet.

Ved min arbeidsplass, Bilde og intervensjonsklinikken, Rikshospitalet, OUS, var det enda ikke innført tverrgående ledelse da jeg bestemte meg for emnet til masteroppgaven. Alle avdelingsledere på de ulike radiologiske avdelinger var motstandere av å innføre tverrgående ledelse, de mente at det burde være stedlig leder så lenge avdelingene ikke var samlokalisert. Klinikkledelelsen bestemte seg for å innføre tverrgående ledelse et par måneder etter at jeg hadde valgt mitt tema, og da ble det selvfølgelig enda mer aktuelt for meg å sette meg inn i emnet. Jeg ønsket å finne ut hvordan leger som var ledere på tvers opplevde sin arbeidssituasjon, og deres erfaring med denne type ledelse. Jeg har ikke tatt for meg hvordan helseforetakene synes den type ledelse fungerer.

2 Bakgrunn

I bakgrunnsdelen vil jeg ta for meg organiseringen og ledelsesutviklingen i helsevesenet samt omorganiseringssprosessene og hvordan erfaringene har vært internasjonalt.

I andre halvdel av oppgaven vil jeg i metode og resultatdelen ta for meg selve studien, og til slutt i diskusjonsdelen prøve å relatere mine funn til de teoretiske betraktninger jeg har kommet med i bakgrunnsdelen.

2.1 Organisering i helsevesenet

Helsevesenet er komplekse organisasjoner som har utviklet seg over lang tid. Jeg vil i denne delen ta for meg oppbyggingen innen helsevesenet, både organisatorisk og den historiske utviklingen av ledelse i helsevesenet.

2.1.1 Byråkratiske organisasjoner

Et sykehus er en form for en byråkratisk organisasjon. I følge sosiologen Max Weber oppsto byråkratiske organisasjoner som en følge av en kvantitativ økning i arbeidsoppgaver og behovet for å koordinere disse. De enkelte arbeidsoppgavene ble mer avhengig av hverandre, på den måten at utførelsen av en oppgave førte til utførelsen av en annen. Dersom det oppstod problemer måtte det finnes systemer og prosedyrer for hvordan disse skulle løses, ellers ville et mindre problem som ikke ble løst på stedet lett kunne forplante seg utover i systemet (Weber 1990).

Effektivisering skjer gjennom standardisering av prosedyrer, slik at skjønn og autonomi ikke har noen plass i en industriell-byråkratisk organisasjon. I stedet innføres spesialisering og rutiner for arbeidsoppgaver, med kompetanseinndeling som styres hierarkisk. I den klassiske industriorganisasjonen, som en fabrikk, er det en streng kontroll av arbeidsprosessene, med en sterk ovenfra og ned styring (Mintzberg 1989). Arbeiderne har oftest en begrenset oppgave å utføre, og prosedyrene er laget av arbeidsformenn som igjen er styrt av arbeidsledere. Det er oftest ganske enkle rutinemessige arbeidsoppgaver med lite variasjon.

2.1.2 Industri organisasjoner versus profesjonelle organisasjoner

Et sykehus er en hierarkisk organisasjon med en direktør med stab på toppen som er ansvarlig, tar beslutninger og bestemmer hvilke arbeidsoppgaver sykehuset skal

konsentrere seg om, og som har den overordnede strategiplanlegging. I Norge er strategiplanleggingen delvis styrt av politikere. I motsetning til en fabrikk er et sykehus i tillegg til å være en byråkratisk organisasjon, også en profesjonell organisasjon som baserer seg på kunnskapen til den operative profesjonelle yrkesgruppe, som er legene (Mintzberg 1989). I sykehusene er det legene som danner den faglige standard ved å lage og standardisere prosedyrer gjennom formell trening, noe som gir dem betydelig kontroll over egen arbeidssituasjon. Selv om prosedyrene er formalisert i den profesjonelle organisasjonen, er arbeidsoppgavene komplekse. Spesialister med samme spesialitet, utfører ofte prosedyrene på ulike måter. Det vil si at innenfor visse rammer har arbeidstagerne en frihet til å forme og utvikle sitt eget fagfelt. Mens industriorganisasjoner er preget av en sterk ovenfra – ned styring, er det utøverne som legger strategien i de profesjonelle organisasjoner (Mintzberg 1989). I et sykehus er det ut fra denne forståelsen to måter å utøve autoritet på, legene med sin faglige autoritet og sykehusledelsen med sin administrative ledelse.

2.1.3 Faglig styring

Administrasjonen har ikke den fagkunnskapen legene har, og bør derfor ikke direkte styre deres virksomhet. Legene har tidligere ledet sykehusene og styrt over hjelpepersonalet og administrasjonen, slik at de har kunnet behandle den pasientgruppen de har hatt ansvar for uten styring fra administrasjonen eller politikere. Kompetansen til utøverne har på den måten ledet profesjonsorganisasjonen. Den faglige lederen, legen, knytter til seg fagpersoner og administratorer, for å ha innflytelse opp mot direktøren. På den måten er personene, legene og deres støttespillere viktige i en profesjonell organisasjon. I en industriell organisasjon er man lite opptatt av personene, det er posisjonen som gir autoritet (Lerum 2009). I den profesjonelle organisasjon er det yrkesgruppene som definerer hvordan oppgaver skal utføres og koordineres og definerer normer om hva som er gyldig kunnskap. De har en faglig autoritet, i motsetning til den administrative autoritet som finnes hos sykehusledelsen. Derfor kommer autoritet av ekspertise i en profesjonell organisasjon i motsetning til i den industrielle organisasjon hvor hierarkiet er bygget opp etter ledelsens regler (Mintzberg 1989).

2.1.4 Legenes fagkunnskap

Utfra Mintzbergs organisasjonsteori er sykehus en kombinasjon av en byråkratisk og profesjonell organisasjon der arbeidet på de operasjonelle enheter ("operating core") er standardisert, noe som fører til at hver enkelt enhet arbeider ganske autonomt. Det kan aldri lages helt faste standarder fordi pasienter nesten alltid må utredes og behandles individuelt. Legene må utøve sin fagkunnskap, det vil si de må kunne improvisere og endre kurs hvis de standardiserte prosedyrer ikke er tilstrekkelige og de må kunne ta i bruk ny viten, nye medikamenter og nye teknikker. Driften kan ikke baseres på standard programmer, det må alltid være mulighet for improvisasjon.

I den profesjonelle organisasjon Mintzberg beskriver har spesialistene makt over administrasjonen fordi administratorene ikke har profesjonenes fagkunnskap, og dermed ikke kan regulere og styre de operasjonelle enheter. De profesjonelle, profesjonene, har også ofte stor innflytelse på ansettelse av spesialister, og administratorene har en slags hjelpe funksjon, og organisasjonen kan dermed ses på som en omvendt pyramide, med de profesjonelle, profesjonene, på toppen, og en mindre administrasjon i bunnen.

I industrielle organisasjoner er det vanlig å anta at strategier blir formulert før de blir implementert, at planlegging har en sentral plass i formuleringen av strategien. I en profesjonell organisasjon derimot, blir strategier dannet over tid på bakgrunn av erfaringer profesjonene har tilegnet seg. I sykehusvesenet er det hovedsakelig legene som over tid har bygget opp den ekspertisen det aktuelle sykehuset har, det vil si hvilken pasientbehandling, forskning og undervisning som utføres, og som dermed danner grunnlaget for strategien ledelsen ved sykehuset legger fram (Mintzberg 1989).

2.1.5 Konkurrerende spesialister

Nedenfra- og opp- innflytelsen i de profesjonelle organisasjonene som et sykehus, er ofte motstridende fordi sykehusene er bygget opp av enheter som har motstridende interesser og strategier. En spesialist som har en autoritet innenfor sitt fagfelt vil prøve å påvirke organisasjonen i den retningen spesialisten ser det er gunstig for sitt fagfelt, og det kan lett komme i konflikt med spesialister som har autoritet innenfor et annet fagfelt. Sykehusene blir derfor svært kompliserte organisasjoner å styre hvor man skal prøve å samordne nedenfra- og opp innflytelsen fra de operative enheter som ofte er motstridende, og den mer klassiske ovenfra og ned styringen fra administrasjonen som

skal forene de motstridende interessene. Sykehusene er mer og mer blitt en form for hybride organisasjoner, med en profesjonell byråkratisk ledelsesstyring ovenfra hvor man har tatt i bruk New Public Management modellen (se nedenfor), og en faglig styring nedenfra hvor legene er de dominerende (Choi 2011).

I det moderne helsevesen hvor økonomien begrenser hvilken innflytelse den faglige styringen kan ha over sykehus- strategien, har den byråkratiske organisasjonen fått en stadig mer dominerende rolle. I Norge hvor det er de politiske myndigheter som bevilger penger til sykehusene, og hvor det i helsevesenet i tråd med den teknologiske og vitenskapelige utvikling har blitt et misforhold mellom budsjett og reelle behov, har det ført til et ønske fra politikerne om å få bedre styring med utgiftene, og det er blitt en gradvis mer økonomisk/byråkratisk styring av sykehusene fra 1970 tallet (Berg 2005).

2.2 Kliniske mikrosystemer

2.2.1 Definisjon av kliniske mikrosystemer

Paul Batalden og Eugene Nelson har skrevet flere artikler om mikrosystemer i helsevesenet. Mikrosystemer er de små enheter hvor en liten gruppe mennesker arbeider sammen som et team. Der hvor pasienter og helsearbeidere møtes, hvor behandlingen eller diagnostikken skjer, det vil si på avdelingen, seksjonen, enheten, alt etter hvor mange nivåer det finnes på det aktuelle sykehus. Mikrosystemer er de essensielle byggesteiner, produktive enheter, innenfor sykehuset.

"The quality and value of care produced by a large health system can be no better than the service generated by the small systems of which it is composed".

(Nelson 2002)

Helsevesenet er store makrosystemer som er bygget opp av en rekke mindre systemer – mikrosystemer. Det er innenfor mikrosystemene utredningen, behandlingen og pleien av pasientene utføres, det er disse systemene som er i frontlinjen.

Mikrosystemer finnes overalt både innenfor sykehus og i primærhelsetjenesten, og det er stor variasjon i hvordan de utøver sine tjenester og hvor godt de fungerer. Det er enheter som er i stadig utvikling og endring og som forandres over tid fordi det skjer en påvirkning fra samarbeidende enheter.

Utviklingen av teorien stammer fra servicenæringen, hvor organisasjons forskere studerte hvordan suksessrike bedrifter som bl.a. Mc.Donalds og FedEx organiserte sin virksomheter. Alle sammen sentrerte utviklingen rundt kjernevirksomheten som stod nærmest kundene og forholdet dem i mellom (Quinn 1992).

2.2.2 Betydningen av kliniske mikrosystemer

Da helsevesenet er svært komplekse systemer er det en forenkling å tro at hvis man bare konsentrerer seg om de overordnede strukturer så vil organisasjonsproblemene i helsevesenet rette seg. Fundamentale endringer i helsevesenet har hovedsakelig vært rettet mot omorganiseringer, fusjoner og endring av politisk styring, og man har ignorert de essensielle byggesteinene, de små operative enheter. Fokus på kliniske mikrosystemer har vært fraværende i helsereformene, og det kan være en av grunnene til at store omorganiseringer som fusjoner tar så lang tid og kanskje mislykkes. Samtidig kan slike fusjoner føre til skadevirkninger. De operative enheter, mikrosystemene, er tidkrevende å bygge opp, men fagmiljøer kan raskt brytes ned, og det kan få store konsekvenser for hele organisasjonen (Nelson 2002).

2.3 Ledelse i helsevesenet før og nå

2.3.1 Leger som ledere

Utviklingen av sykehus – eller hospitaler- skjedde i Norge fra midten av 18 hundretallet, da de tidligere fattigsykehus eller sosialsykehus ble omgjort til behandlingsinstitusjoner. Før den tid var legene praktiserende utenfor institusjoner. Det var spesielt på grunn av utviklingen innen kirurgien at hospitalene utviklet seg. Kirurgene kunne ikke på samme måte som medisinerne arbeide alene uten en organisasjon med hjelpepersonell rundt seg. Sykehusene ble organisert som "overlegepraksiser" fordi legene ikke ønsket en institusjonalisering hvor legene ble styrt av administratorer. Ved å ha overlegepraksiser ble arbeidet "praksispreget" på en uavhengig måte, legene styrte sykehusene eller avdelingen som en utvidet praksis. Legene var medisinske fagmenn, og det som ble nødvendig av ledelsesinnsikt var praktisk skjønnsutøvelse. Legene så ikke behovet for en teoretisk basert ledelsesmodell, fordi det var det faglige som var grunnlaget for sykehuset (Berg 2011). Etter hvert utviklet det seg et klassisk overlegesykehus, hvor det var en administrerende overlege, vanligvis en kirurg, med et kollegium av overleger. Den administrerende overlegen kunne ikke utøve ledelse overfor sine kolleger, fordi han

ikke hadde samme ekspertise som dem i deres fagfelt, derfor ble sykehuset ledet som et kollegium. Den administrerende overlegen trengte imidlertid en viss merkantil bistand og knyttet derfor etter hvert til seg forvaltere, økonomer og rene administratorer. Professor i helseledelse, statsviter Ole Berg bruker betegnelsen det "medikratiske" systemet på sykehusene hvor medisinerne er de suverene lederne. Så lenge avdelingene bestod av en overlege som autonomt styrte sin avdeling, var samarbeidet mellom avdelingene ganske enkelt. Men ettersom utviklingen gikk og sykehusene ble større og avdelingen trengte flere leger med spisskompetanse innenfor forskjellige fagfelt, ble det et problem for avdelingsoverlegen, fordi andre leger som ikke var overleger kunne ha mer faglig kompetanse enn ham selv, og han hadde derfor ikke den samme faglige autoritet som tidligere. Han var faglig ved siden av dem og ikke over dem, og det førte til et autoritetsproblem overfor de underordnede legene som var spesial-leger, men ikke overleger. De fikk etter hvert tittelen assisterende overlege, og deres fagkompetanse var sidestilt med avdelingsoverlegens fagkompetanse, og etter hvert som avdelingsoverlegen måtte bruke mye av tiden til administrasjon, mistet sistnevnte mye av sin faglige autoritet.

2.3.2 Politikerne tar over styringen

Samtidig skjedde det en rivende medisinsk - teknisk utvikling, som drev opp prisene på sykehusdriften. I 1970 årene skapte dette betydelig økonomiske bekymringer, ikke bare i Norge, men i hele verden, og sykehuseierne lanserte effektiviseringsprogrammer. Tidligere hadde lovgivning beskyttet medisinenes rolle som autonom yrkesstand, ordningen var "medikratisk", men i 1970 årene ble betalerne, staten og eierne, mer medikrati-utfordrende, de ble mer styrende. Den faglige utvikling, med stadig mer virkningsfulle behandlingsmetoder, var paradoksalt nok med på å bryte ned legemakten, fordi helsevesenet ble langt dyrere og politisk og økonomisk styring var i økende grad nødvendig.

Strukturelt ble sykehusene styrt ovenfra av Helsedirektoratet med Helsedirektøren i spissen som via fylkeslegen hadde en støttende funksjon overfor sykehusenes administrerende overleger. Fra slutten av -70 tallet hvor fylkeskommunene overtok driften av de fleste sykehus, ble det de som tidligere hadde vært overlegenes "tjenere", økonomisjefen og forvalterne, som ble sykehusdirektører. De administrerende overleger ble satt på sidelinjen og skulle rapportere oppover til direktøren.

På 1980 tallet fikk spesiallegene tittel som overlege, og avdelingsoverlegen fikk en rolle som faglig leder og administrativ leder over de andre overlegene, det ble en slags todelt funksjon som både faglig og byråkratisk leder. Den byråkratiske delen angikk ressursbruk og personalforvaltning, og jo mer tidkrevende den delen ble, jo mindre tid hadde legen til faglig utvikling. Ettersom det ble stadig flere spesialister, kunne de arbeide ganske selvstendig innenfor sitt spesialfelt, og hadde en uformell plikt til å samarbeide horisontalt, med andre spesialister, mens ledelsen ble flyttet opp et nivå til administratorene (Berg 2005).

2.3.3 Enhetlig ledelse

I 2001 ble det innført enhetlig ledelse ved norske sykehus, en leder på hvert nivå som leder samtlige yrkesgrupper. Denne lederen er ansvarlig for strategiske avgjørelser som har betydning for avdelingens utvikling i tillegg til å være leder for alle yrkesgrupper som er tilknyttet avdelingen. Lederen skulle tilhøre en av de faglige profesjonene, men trengte ikke være lege. Dersom lederen ikke var lege måtte avdelingen også opprette en medisinsk ansvarlig leder som var lege. (Ot.prp.10, 1998-99). Legene, med Legeforeningen i spissen, har alltid ment at lederen bør være lege fordi legen er den eneste som kan ta medisinsk ansvarlige avgjørelse, og siden det er et sykehus er det de medisinske avgjørelser som er grunnleggende. Problemet har vært at leger er veldig opptatt av faget sitt, og vil ikke gi slipp på den faglige delen av arbeidet, og de fleste har ingen utdanning innenfor ledelse og administrasjon. Sykepleierne som er den største yrkesgruppen som konkurrerer om lederstillinger, har ofte utdanning innenfor administrasjon og ledelse, og gir gjerne opp den kliniske sykepleierollen for å gå over i en lederstilling. For leger er lederstillingen som regel ingen klatring opp karrierestigen, og blant leger gir det å ha høy faglig kompetanse større prestisje enn å ha en lederstilling.

2.3.4 New Public Management

Det er også blitt økende fokus på administrativ ledelse av sykehus, fra å være basert på at lederen var legen med størst faglig tyngde og ofte lengst erfaring men uten ledelsesutdanning (Berg 2005), til New Public Management (NPM) modellen hvor perspektivet er at lederen har generell ledelsesutdanning, det vil si er en profesjonell leder, uavhengig av organisasjonens faglighet. Teorien har vært at bare man er en god leder kan man lede hva som helst. (Klausen 2001, Clarke og Newman 1997). Dette i

motsetning til de faglige ledere, legene, det jeg også kaller profesjonsledere. NPM modellen var klar på at man skulle innføre ledelseskonsept fra det private næringsliv, der man skulle legge vekt på profesjonell, entrepenøraktig ledelse, og gå bort fra administratorene og den fagprofesjonelle orientering (Klausen 2001). Introduseringen av profesjonell ledelse innenfor sykehussektoren møtte stor motstand fra profesjonene, spesielt legene. Dette forklarer den fortsatt sterke innflytelsen av medisinsk ledelse i sykehus. Ut fra Mintzbergs analyse av det profesjonelle byråkrati vil hierarkiske direktiver ha begrenset innflytelse på de profesjonelle ansatte som legene (Mintzberg 1989). Kvalitetsforbedringer innenfor de profesjonelle byråkratier er avhengig av profesjonene og ledere som har faglig bakgrunn til å motivere sine kolleger til endring av praksis når det er ønskelig ved omorganiseringer (Ham 2008).

2.4 Ledelsesmodeller

2.4.1 Byråkratisering

Ettersom omorganiseringen innenfor helsevesenet har fått stor utbredelse har også ledelsesmodellene endret seg. Samtidig med innføring av enhetlig ledelse i 2001 blir det en økt delegering av myndighet til avdelingsnivå, ansettelser desentraliseres og det innføres avdelingsvis budsjett. Det blir mer utbredt bruk av divisjons- eller klinikkorganisasjoner, og det skjer en overgang fra linjeorganisering til kombinasjon av linje og stabsorganisering. Det blir en gradvis økning av ledelsesnivåer. I 2003 var det i 58% av sykehusene tre ledelsesnivåer, i 2005 var det fire ledelsesnivåer i halvparten av sykehusene og nå er det flere helseforetak som har fem ledelsesnivåer (Kjekshus 2007). Selv med enhetlig avdelingsledelse, opererte mange sykehus i tillegg med de gamle lederbetegnelser som avdelingsoverlege, seksjonsoverlege og avdelingssykepleier parallelt med de nye lederbetegnelser. Kjekshus påpeker at det er større treghet i sykehusorganisasjoner når det gjelder å avvikle etablerte rutiner og strukturer, enn å innføre nye. Selv om sykehusene formelt innførte enhetlig ledelse, er det usikkert om alle ledere er totalansvarlige.

2.4.2 Faglige ledere

Mange lege-ledere kombinerer lederstillingen med en klinisk stilling. I 2009 var 25% av legeledere på avdelingsnivå heltidsledere, mens tilsvarende tall for sykepleiere i avdelingslederstilling var 86% (Kjekshus 2010). Den kliniske delen kommer ofte i tillegg

til en 100% lederstilling. Undersøkelser har vist at det kan være problematisk å kombinere ledelse og klinikerrollen (Hoff 2001). Lege-ledere opplever problemer både i relasjon til kolleger innen faget og i relasjon til administrasjonen, fordi for leger er legitimiteten sterkt knyttet til deltakelse i klinisk arbeid. Leger som kombinerer ledelse med klinikk sikrer en viss grad av legitimitet i forhold til faget, og sikrer en retrett mulighet til klinikken (Gjerberg og Sørensen 2006). Legers identitet forblir i deres profesjon, selv om de har ren lederstilling, men de blir mer distanserte fra sine kolleger fordi mye av arbeidstiden går med til ledelse, og undersøkelser viser at ledelse er en trussel mot deres profesjonelle identitet og autonomi (Thorne 1997). Profesjonelle ledere og faglige ledere har forskjellige forventninger til lederrollen. Sykehuslederne ønsker kliniske ledere som kan påvirke og lede kollegene i den retning organisasjonen ønsker, mens lege lederne ønsker seg en sykehusledelse som lytter til de faglige rådene før de bestemmer utviklingen (Thorne 1997).

Lederstillingene, litt avhengig av hvilket nivå de befinner seg på, er som regel utlyst som rene lederstillinger, og det er ofte legen selv som ønsker å beholde ett ben innenfor sitt eget fagfelt, og ha klinisk praksis i tillegg til lederstillingen (Mo 2006).

2.4.3 Ledelse i helsevesenet internasjonalt

I Danmark har leger hatt en sterk medvirkning i ledelse av sykehus, med en godt utbygget ledelsesutdanning delvis i medisinstudiet, men hovedsakelig etterpå. I en studie som sammenlikner forholdene i Danmark og England tror man dette er delvis årsaken til at danske leger tar mye større del i ledelse og i utviklingen av helsevesenet enn deres engelske kolleger som ikke har en standardisert ledelsesutdanning (Kirkpatrick 2009). Også Chris Ham som har skrevet flere artikler om klinisk lederskap i helsevesenet, har sammenliknet legers deltagelse i ledelse av sykehusene i flere land i verden. Danmark peker seg ut som det landet som har best organisert ledelsesutdanning og som også støtter sine leger mest når det gjelder aktivt å delta i ledelse på alle nivåer. I motsetning til Danmark har utviklingen i Norge, Sverige og Finland gått i motsatt retning, med færre lege ledere, og større utilfredshet blant legene muligvis på grunn av omorganiseringer med svekkelse av legers autonomi (Ham 2008). Thorne mener derimot at å ha medisinsk kompetanse i tillegg til å være leder forsterker det medisinske grepet på organisasjonen, i stedet for å svekke det (Thorne 1997).

2.4.4 Hva er god ledelse?

Ledere som leder kunnskapsarbeidere vet at det er en grense for hvor langt inn i fagområdet man kan gå før man trækker på profesjonsverdiene. For å være en god leder i kunnskapsbedrifter som helsevesenet må man være ydmyk i møtet med disse spenningene, og erkjenne at det er mye man ikke kan, men lederen må ta ansvaret for helheten (Chaffey 2011).

En leder må kombinere lederskap og administrasjon. I artikkelen "What leaders really do" av John Kotter poengterer den tidligere professor ved Harvard Business School at et sterkt lederskap, (*leadership*), med dårlig administrasjon, (*management*), er like dårlig som det motsatte (Kotter 2001). Administrasjon handler om å takle kompleksiteter, mens lederskap omfatter evnen til å takle forandringer. I komplekse organisasjoner med stadig omorganisering er administratorens rolle å planlegge og å organisere, samt delegere arbeidsoppgaver, mens lederrollen går på motivasjon og visjoner, ved å inspirere og få folk til å gå i riktig retning og få folk til å samarbeide. Lederskap er ikke planlegging, men visjoner og strategier. Visjonene skal ikke være originale, men de skal være realistiske og kunne realiseres. Samtidig må lederen kunne takle stadige forandringer ved å motivere medarbeiderne når det er nødvendig å endre kurs. Dersom lederen ikke mestrer å motivere og engasjere medarbeiderne vil han møte motstand ved endringer, og muligheten for å lykkes med omorganiseringen er liten, selv om den er godt planlagt og organisert (Kotter 2001).

En kunnskapsbedrift, som et sykehus, er helt avhengig av gode fagfolk for å fungere, og kompetanse er viktigst av alt. Problemer kan oppstå når det å være fagekspert er en viktigere kvalifikasjon enn om man er egnet som leder. Ledere som er fagpersoner og som har en krevende lederjobb, vil ofte overdrive betydningen av fag, og undervurdere betydning av god lederkompetanse. Innenfor helsevesenet og andre kunnskapsbedrifter er det ikke sjelden at man nærmest må tvinge noen til å ta på seg rollen som avdelingsleder, eller alternativt lar stillingen gå på omgang hvis man ikke finner en egnet person.

I helsevesenet hvor man har mistet oversikten over økonomien, og inntektene ikke har vært store nok til å håndtere utgiftene, er det viktig med et samarbeid mellom "management"-kulturen og profesjonskulturen (Chaffey 2011). Denne balansegangen mellom profesjonell og faglig ledelse har ikke funnet sin plass i helsevesenet, og det må

mer klargjøring til for å avgjøre på hvilke nivåer i organisasjonen profesjonell ledelse er å foretrekke framfor faglig ledelse og motsatt.

2.4.5 Ledelse i kliniske mikrosystemer

Det skrives mye om ledelse av helsevesenet, men lite om ledelse på de laveste nivåer, der hvor det kliniske arbeidet foregår, på seksjons og enhetsnivå.

Ordet leder, å lede, lederskap, stammer fra det latinske ordet *Lathio* eller *Laithan* som betyr *vei, reise* eller *"å reise"*. Ordet beskriver altså en prosess for å komme framover, og det er den aktive ledelse som er viktig for å påvirke produksjonsnivået.

I en større studie om ledelse på de lavere enheter er det tre fundamentale betingelser de ansatte i kliniske mikrosystemene legger vekt på (Batalden 2003).

- 1) Kunnskapsbygging: Lederen må ha kjennskap til basis-strukturene som karakteriserer det aktuelle mikrosystem, det fysiske rom og teknologisk inventar som fører til pasientflyt. Ledelse innebærer å kjenne prosessene slik at man legger merke til arbeidsflyt som bør endres for å forbedre pasientbehandlingen.
- 2) Handling: Lederen må kunne effektivere forandringer når det trengs, og ta tak i arbeidsforhold som ikke fungerer, og vite hvilke personer arbeidsplassen trenger for å fungere optimalt. Dette krever at lederen på dette nivået har daglig kontakt med den aktuelle arbeidsplass.
- 3) Revurdering og refleksjon: Lederen må ha et bilde av arbeidsplassens mål, og lage rom for meningsutveksling og diskusjoner med de ansatte om hvordan målene skal nås, og hvilke endringer som er nødvendig. Lederen må kunne stikke fingeren i jorda og si; "Gjør vi jobben vår bra nok, og hvis ikke hva kan vi gjøre for at det skal fungere bedre?".

Lederne av makroorganisasjonen er avhengig av alle mikrosystemene for å være velfungerende:

"It is true that the performance of the larger system can not be better than the performance of the microsystems of which it is composed, then it is essential to have strong and effective leadership distributed throughout the entire organization." (Batalden 2003).

2.4.6 Tverrgående ledelse

Når sykehus har blitt slått sammen har det vært ulike modeller for hvordan klinikker og avdelinger skal ledes. Dersom fusjonen fører til nedleggelse av et eller flere sykehus og bare ett bevarer, vil alle funksjoner flyttes til det eksisterende sykehuset, og det vil skje en naturlig redusering av antall ledere og ansatte. Ved de fleste fusjons-prosesser i Norge har like mange sykehus bestått, men funksjoner er slått sammen, og avdelinger er slått sammen selv om det ikke er en samlokalisasjon. Hvordan ledelsen av den samme avdeling som ikke er samlokalisert skal gjennomføres har det ikke vært noen overordnet strategi for. Det finnes svært lite i litteraturen om hvordan det er hensiktsmessig å lede en avdeling som ikke er samlokalisert både internasjonalt og i Norge. I Stockholm ved fusjonen av Huddinge og Karolinska ble det fjernet like mange avdelingsledere som det ble fusjonert avdelinger. Den nye direktøren var veldig opptatt av å samle kulturene og fjerne de gamle skillelinjene, men økonomisk innsparing var hovedmålet, og å redusere antall ledere var forholdsvis enkelt som en innledende innsparing ved en fusjon (Choi 2011).

Jeg har ikke funnet nasjonale føringer på om det anbefales tverrgående ledelse på noen nivåer, og stedlig ledelse på andre nivåer i fusjonerte helseforetak. De enkelte helseforetak, og de enkelte klinikker på samme sykehus har løst dette på forskjellige måter. På flere fusjonerte sykehus er det nå fem ledelsesnivåer, og det er klart at på de øverste nivåer, direktørstab og klinikk nivå, er det hensiktsmessig med overordnede tverrgående ledere. På de lavere nivåer som avdeling- og seksjons-nivå, hvor lederen er en del av, og i nær tilknytning til sine medarbeidere, er det mer diskutabelt om tverrgående ledelse er en god modell. På de lavere nivåer er lederstillingene ofte deltidsstillinger, og dersom det er tverrgående leder, er den kliniske delen vanligvis på ett av sykehusene, slik at lederen er svært skjevfordelt i tid på avdelingene.

2.4.7 Debatten om ledelsesmodeller

Når det gjelder diskusjon om ledelsesmodeller innenfor fusjonerte helseforetak har det vært debattert i media og i Stortingets spørretime, og da har utgangspunktet vært fusjonsprosessen ved Oslo universitetssykehus (OUS), sannsynligvis fordi det er den største fusjonen og fordi mye av de ansattes motstand mot hvordan fusjonen gjennomføres har vært debattert i media.

I Dagens Medisin framgikk det at kun 18 av 59 somatiske avdelinger hadde aktivitet på ett sted og dermed stedlig leder. De 41 avdelingene som var spredt på 2 eller flere steder hadde tverrgående leder, og det var flere ansatte som ikke hadde møtt sin egen leder. De ansatte føler seg mindre synlig for lederen, og fordi det er stor dynamikk i en avdeling, man må daglig gjøre omprioriteringer som krever en stedlig leder, og de ansattes følelse av eierskap i forhold til egen arbeidsplass er svekket (Dagens Medisin 2011).

Ved OUS ble det vedtatt tverrgående ledelse som et prinsipp for å styrke integrasjonen av fagmiljøene på tvers av de tidligere sykehusene (Dagens Medisin 2011). En tverrgående leder understreker at de gamle enheter er historie og signaliserer et nytt "vi", og er et strategisk tiltak fra ledelsen. Målet er samling av enheter både fysisk og mentalt, men det vil for de fleste avdelinger ikke være fysisk sammenslåing i overskuelig framtid. Det strategiske er muligvis det viktigste, men den økonomiske innsparing ved å redusere antall ledere har også vært et klart mål. Denne styringsformen er tidskrevende for lederen som får en større personalgruppe å forholde seg til, og det skaper lett diskontinuitet fordi lederen bare er tilstede en til to ganger i uka. Det er på de "operative enheter", stedet for hele virksomhetens begrunnelse, man velger å la et ledervakum oppstå. Ikke bare for de ansatte, men også for den aktuelle leder kan denne ledelsesformen være svært krevende. Problemet for den sentrale ledelse er at deres strategi kan virke mot sin hensikt. De kan få dårlig fungerende og mindre effektive produksjonseenheter (Egge 2011).

I Stortingets spørretime 28 november 2011 tok Kristelig Folkepartis Laila Dåvøy opp den manglende stedlige ledelse på mange avdelinger på OUS, og påpekte at det kan føre til manglende effektivitet, manglende styring av økonomien og manglende involvering av de ansatte i omstillingsprosessen som foregår. Statsråden (Anne-Grete Strøm-Erichsen) gav ikke et konkret svar på tiltak som kunne forbedre stedlig ledelse, bare at det var viktig med ledere tilstede, og det måtte være en god dialog med de ansatte. Det var helt klart at representanter fra regjeringspartiene hadde mer diffuse svar enn opposisjonen, men Kjersti Toppe (Sp) var helt klart enig med opposisjonen, om at stedlig ledelse er nødvendig , og viste at Vestre Viken i omstillingsprosessen har gått tilbake fra tverrgående ledelse og til stedlige ledere på de kliniske avdelinger, fordi den tverrgående ledelsesmodellen viste seg å ikke fungere, og hadde stor motstand hos de ansatte (Stortingets spørretime 2011).

2.5 Omorganisering i helsevesenet – fusjonsprosesser

Det har de siste årene vært store omorganiseringer innenfor helsevesenet med sammenslåinger av flere sykehus til et helseforetak. Internasjonalt har dette pågått i lang tid. Fusjoner er reorganisering av to eller flere sykehus, uten at nødvendigvis ett sykehus nedlegges, og det eller de andre ekspanderer. Fusjoner kan være konsentrering av tjenester ett sted, mens tilsvarende tjeneste er redusert i andre sykehus (Kristensen 2010).

Innenfor helsevesenet er det horisontale fusjoner, dvs av to eller flere organisasjoner som tilbyr tilsvarende tjenester, i motsetning til vertikale fusjoner hvor det er sammenslåing av bedrifter med ulike enheter i en produksjonskjede (Choi 2009).

Fusjonsprosesser startet i andre type bedrifter som banker, finans institusjoner, butikkjeder og offentlige institusjoner. Nå omfatter det også store deler av helsevesenet både i USA og Europa. I USA startet sammenslåingene på slutten av 1980 tallet, men i størst utstrekning på 1990 tallet (Connor 1997).

I Storbritannia har en stor del av National Health Service (NHS) vært involvert i sammenslåinger, og de har sammen med USA stått for det meste av litteraturen som er skrevet om effekten av sammenslåinger.

Gevinsten av fusjoner er økonomiske innsparinger, å eliminere parallelle konkurrerende tjenester, få mer effektiv administrasjon og oppnå kvalitets økning fordi volumet øker av spesialiserte tjenester (Connor 1997).

Naomi Fulop har i sin multisenter undersøkelse av fusjoner i London regionen påpekt at ved planlegging av fusjoner må man ta høyde for utilsiktede konsekvenser som at det blir en diskontinuitet og dårligere tilbud i behandlingstilbud som tidligere har fungert tilfredsstillende. Undersøkelsen viste at organisasjonene ble satt tilbake ca. 18 måneder i utviklingen av sine tjenester. Antagelsen om at fusjonering av spesialiserte tjenester til større enheter skulle føre til lettere rekruttering av fagfolk viste seg heller ikke å stemme. Det som oppfattes som forskjellige organisasjonsstrukturer er også en viktig barriere når man skal slå sammen to eller flere sykehus (Fulop, 2002).

Som tidligere nevnt var sammenslåing av bedrifter vanlig lenge før det for alvor rammet helsevesenet. John Kotter ved Harvard Buisness School har skrevet artikler om hvorfor organisasjonsendringer mislykkes, og som gjelder alle typer organisasjoner. Han lister opp de åtte feil som ofte fører til at fusjoner mislykkes. Den viktigste leksen å lære er at forandringer går gjennom en serie av faser som totalt krever ganske lang tid, så man må

ha tålmodighet. Hvis man hopper over faser vil det ikke føre til et tilfredsstillende resultat raskere, heller det motsatte. Dersom man gjør kritiske feil på et av trinnene kan det ha uante negative konsekvenser for sluttresultatet (Kotter, 1995).

I våre skandinaviske naboland har fusjonsprosessene i helsevesenet startet tidligere enn i Norge, og både i Sverige og i Danmark er det de siste årene gjort enkelte studier for å evaluere nytten av omorganiseringen. Oppbygning av helsevesenet der er også mer sammenlignbart med norske forhold, og undersøkelsene er derfor lettere overførbare enn amerikanske og engelske studier. I Stockholm er det skrevet en doktorgrad på erfaringene etter fusjonen mellom de to universitetssykehusene i Stockholmsregionen, Karolinska sykehus og Huddinge universitetssykehus, som nå heter Karolinska universitetssykehus. Målet med fusjonen var å redusere antall kliniske avdelinger fra 125 til 74, og redusere med tilsvarende antall kliniske ledere, og at hver avdeling skulle redusere sine kostnader med ca. 10%. Det første året etter fusjonen var det stor entusiasme med en stor nyopprettet administrasjon, hvor alle direktørens medarbeidere gjennomførte en ovenfra og ned styrt omorganisering, uten at fagpersoner deltok i beslutningene. Ettersom omorganiseringen begynte å omfatte de kliniske enheter det andre året etter fusjonen, ble det mer og mer kritikk fra profesjonene om hvordan direktøren og ledelsen styrte omorganiseringen. Etter knappe tre år måtte hele ledelsen gå, uten at målene var oppnådd (Choi, 2011). Studien viste at kollisjonen mellom det de kaller "Professionalism and managerialism" er et større tema i utøvende ledelse enn kulturforskjeller mellom de ulike institusjoner. Dette viser at Mintzbergs teorier om autonomien til fagpersonene i den profesjonelle organisasjonen, lett kommer i konflikt med den byråkratiske styringen administrasjonene utøver på sykehusene. Undersøkelsen til Choi konkluderer med at når fusjoner brukes for å initiere radikale omveltninger i helsevesenet, vil en byråkratisk ovenfra og ned styring lett skifte fra å være proaktive til reaktiv på grunn av de iboende faktorer i endringsprosessen. I mange politisk initierte sykehusfusjoner er det sykehusledelsen, det vil si de profesjonelle ledere som får all kritikken fordi de ikke klarer å styre prosessen uten profesjonenes hjelp, og dermed blir syndebukken når fusjonene mislykkes eller får problemer (Choi 2011).

Lars Werkö, skrev i den Svenske Läkartidningen i 2003, at organisering av sykehusvesenet bør forankres i vitenskapelige studier og ikke i emosjonelle, ideologiske eller historiske følelser. Han viser til omorganiseringen rundt Gøteborg, hvor

universitetet der har skrevet en rekke rapporter om erfaringene med omorganiseringen av sykehusene. Denne fusjonen skjedde på slutten av 1990 tallet, men med omtrent identisk forløp som Stockholmsprosessen. Konklusjonen var at å forene tre kulturer, tre selvstendige sykehus, til en samlet organisasjon ikke var mulig. Det manglet bærende visjoner for foretaket, og sammenslåingen ble dyrere, og direktøren måtte gå etter to år på grunn av økonomiske underskudd (Hallin 2000). Disse rapportene er lite kjent fordi de bare er publisert lokalt, og leses derfor ikke av politikere og sykehusledelse i andre regioner som planlegger omorganisering. Man får følelsen av at alle må gjøre samme feil, fordi de som initierer omorganiseringen ikke har et bedre teoretisk fundament å vise til. En studie i Danmark er mer positiv til de potensielle fordeler med sykehusfusjoner som viser at de økonomiske gevinster ved sammenslåinger absolutt er tilstede, og at større faglige sentra oftest er en fordel for pasientene fordi kvaliteten øker. Det er spesielt når de fusjonerte sykehusene blir for store og uoversiktlige at man ikke får en økonomisk gevinst (Kristensen 2010).

Det har vært stor politisk enighet i Norge om nødvendigheten av fusjonsprosesser utfra økonomiske motiver. Ved dannelsen av Oslo universitetssykehus, fusjon mellom Ullevål sykehus, Aker sykehus og Rikshospitalet/Radiumhospitalet, har det i tillegg til de økonomiske argumenter, også vært begrunnet med konkurrerende parallelle virksomheter på Ullevål sykehus og Rikshospitalet innenfor samme regionale helseforetak, hvor man mente at både faglige og økonomiske grunner talte for fusjon. Innen medisinen er all kunnskap og endring av behandling og utredning basert på vitenskapelige randomiserte studier. Når man nå gjør radikale endringer i organisering av sykehus og helsevesen skulle man tro at det også var basert på internasjonale studier og erfaringer. Det er ganske sparsomt med evidensbaserte studier som klart viser effekten av sammenslåing av tidligere selvstendige sykehus (Kjekshus 2011). Som nevnt tidligere er de fleste studiene utført i USA med et privatisert helsevesen, og funnene er vanskelig å overføre til norske forhold. I kronikken til Kjekshus i Tidsskrift for Den norske legeforening i desember 2011 hvor han har gått gjennom relevante studier om sykehusfusjoner oppsummerer han at *"Det er et ønske om fakta, men forskning på sykehusfusjoner er ikke konkluderende"* (Kjekshus 2011).

2.6 Hva gjør endringer med organisasjoner

Alle er enige i at det må være kontinuerlige endringer i helsevesenet som ellers i samfunnet. Statistiske situasjoner er ikke ønskelige. Problemet med helsevesenet er at den medisinske utviklingen går stadig raskere med dyrere behandlings- og utredningsmetoder. Den økonomiske utviklingen klarer ikke følge den medisinske, så politikerne prøver omorganisering for på den måten å bremse utgiftene til helsevesenet.

De siste årene har omorganiseringer vært i form av fusjoner, sammenslåing av to eller flere sykehus til et helseforetak for å effektivisere driften og redusere kostnader.

2.6.1 Kulturforskjellers betydning ved omorganisering

Det er ulike oppfatninger av hvor stor betydning kulturforskjeller har hatt for mislykkede fusjonsforsøk. Alle ledere i en organisasjon ønsker at deres medarbeidere føler en tilhørighet og stolthet til sin arbeidsplass, at de føler seg hjemme og blir en del av kulturen som organisasjonen har bygget opp over tid. Når det så skjer omveltninger og omorganiseringer som man ikke selv har initiert, men er pådyttet ovenfra, vil de fleste prøve å motarbeide det. Kultur har med følelser og relasjoner å gjøre, og er ikke en målbar dimensjon, noe som kanskje er grunnen til at det blir glemt av de som organiserer fusjonsprosesser. Organisasjonskultur kan beskrives som felles verdier og oppfatninger de ansatte har i en bedrift (Tsai 2011). Ledernes forståelse av hvor viktig kulturen er for medarbeiderne kan redusere konflikter som kan oppstå under omorganiseringsprosesser.

I en studie av bankfusjoner viste det seg at selv om ansatte før fusjonen var enige om at sammenslåing var eneste løsning for at bedriftene skulle overleve, var det den banken som i utgangspunktet var mest interessert i fusjonen, som etter fusjonen følte seg "overkjørt", følte de hadde mistet sin gamle kultur, og var dermed mest misfornøyd med omorganiseringen, selv om organisasjonsmessige forhold som lønn og arbeidsforhold hadde bedret seg. Den subjektive kulturen utvikles over tid som et resultat av felles "opplevelse". Når fusjoner skjer vil ansatte få en raskere kulturtilhørighet jo flere av disse felles opplevelsene som kan reproduseres (Buono 1985).

2.6.2 Motstand mot endring

Den store motstanden mot fusjonsprosesser i helsevesenet er delvis et resultat av konflikten mellom den byråkratiske hierarkiske ledelsesorganisasjonen ("business

managerialism”) og den ”medikratiske” profesjonelle organisasjonen, og deres forskjellige syn organisasjonens mål (Choi 2011). Den byråkratiske ledelsesorganisasjonen måler forbedring av resultater ut fra et økonomisk perspektiv, mens den profesjonelle organisasjonen ønsker i første rekke faglige resultater som mål etter fusjonering.

Siden de fleste sykehusfusjoner rammes av indre uro og misfornøyde medarbeidere og delvis også pasienter under en svært langvarig fusjonsprosess, er det et spørsmål om fusjonene skulle begynt i den andre enden. Prosessen skulle startet nedenfra med mindre sammenslåinger av avdelinger, og så heller bygget seg oppover over tid, i stedet for den store omveltningen initiert fra toppen. I tillegg må politikere og ledelsen innse at omorganisering koster penger, mange penger, og at innsparinger ikke kan forventes før etter flere år.

Ved fusjoner bør man kanskje innføre mer ledelse på produksjonsnivåene i stedet for å fjerne ledelse, og så heller gradvis ta bort overflødig ledelse når omorganiseringen har gått seg til. Da vil organisasjonen ha satt seg, og man vil lettere kunne se på hvilke ledelsesnivåer tverrgående ledelse har en fordel, og på hvilke nivåer eller steder man bør beholde stedlig leder.

Med dette som bakgrunn vil jeg videre i oppgaven ta for meg undersøkelsen om hvordan de kliniske mellomledere som er ansatt som tverrgående ledere oppfatter sin arbeidssituasjon. Jeg vil konsentrere meg om hvordan tverrgående ledelse fungerer, og hvorfor det fungerer slik. I tillegg vil jeg konsentrere meg om hvilke utfordringer legene møter med denne type ledelse.

3 Materiale og metode

I dette avsnittet vil jeg først utdype litt om metodeteori, og deretter prøve å klargjøre hvordan jeg arbeidet meg gjennom mitt materiale.

3.1 Valg av metode

Med bakgrunn som lege har jeg gjennom medisinstudiet og mange års yrkesliv best kjennskap til kvantitative studier som er de dominerende i klinisk medisin. Da denne masteroppgaven er en del av en ledelsesutdanning, og oppgaven omhandler intervjupersonenes oppfatning av sin arbeidssituasjon og forholdet til sine

medarbeidere og ledere, var det naturlig å velge en kvalitativ forskningsmetode som muliggjør studie av mellommenneskelige relasjoner. Jeg ønsket å se hvordan informantene betraktet seg selv i forhold til sine medarbeidere og sine egne ledere.

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode er blitt mer og mer vanlig å bruke innenfor medisinsk forskning for å beskrive og forklare sosiale fenomener og menneskers oppfatninger, fortolkninger og erfaringer (Malterud 2008). Kvantitativ metode som tradisjonelt er brukt i forskning innen medisin, er bygget på studier av målbare fenomener, anvender statistikk og randomiserte forsøk. Kvalitativ forskning bruker ikke-statistiske metoder og ikke-kvantifiserbare resultater, men prøver å finne essensen og kvaliteten i det som undersøkes. En kvalitativ undersøkelse går i dybden på et menneskelig problem eller et samhandlingsproblem, og forsøker å forstå problemet sett fra intervjupersonens ståsted. Man kan på den måten få vite mer om menneskelige egenskaper som opplevelser, tanker og holdninger og deres betydning for den aktuelle problemstilling. Metoden sikter mot å forstå og fordype seg i et problem, ikke forklare det eller generalisere.

I kvalitative studier gjøres mange av veivalgene underveis, ettersom man får mer innsikt i temaet, problemstillinger kan måtte justeres fordi forskeren blir klar over nyanser i den opprinnelige problemstillingen som i særlig grad gir relevant kunnskap. Dette er en av fordelene med anvendelse av kvalitativ studier, at ny uventet kunnskap kan føre til nye problemstillinger.

Som ved all vitenskapelig forskning må kvalitativ forskning følge velkjente vitenskapelige prinsipper som systematisk og reflekterende kunnskapsutvikling, der prosessene er tilgjengelig for innsyn. Forskeren forplikter seg til å samle inn og bearbeide materialet mot en systematisk sammenfatning med analyse av problemstillingen (Malterud 2008).

3.3 Det kvalitative intervju

Forskningsdata i en kvalitativ studie kan være nedtegning av observasjoner, men i medisinske kvalitative studier er det vanlig å innsamle data fra samtaler eller intervjuer. Intervjuene kan være individuelle som semistrukturerte intervjuer eller dybdeintervjuer, eller være intervjuer av utvalgte grupper (fokusgrupper). Det er

hovedsakelig gjennom samtale man lærer folk å kjenne og får vite deres oppfatninger og følelser. I en intervjusamtale stiller forskeren spørsmål, og lytter til intervjupersonens egne ord og meninger. Det kvalitative intervjuet kan kalles ustrukturert eller ustandardisert fordi det ikke følger standardiserte retningslinjer, men en av hensiktene er at det ikke binder informanten slik at viktig informasjon ikke "lokkes" fram (Kvale 2009).

Som forsker må man i en kvalitativ studie være seg bevisst sin egen rolle, fordi det blir en nærhet til feltet og til informantene, som forutsetter at forskeren kan gjøre rede for de etiske og vitenskapelige utfordringer i forskerrollen. Forskeren må med andre ord ha en reflekterende holdning, må kunne se sin egen rolle i samhandling med informantene, og ha en forståelse for at det er en aktiv rolle som kan påvirke informantene (Malterud 2008).

3.3.1 Det semistrukturerte dybdeintervju

Jeg valgte å utføre semistrukturerte dybdeintervjuer av individuelle informanter i min undersøkelse. I et semistrukturert intervju er spørsmålstillingen ikke nøyaktig nedtegnet, men formulert i form av stikkord eller beskrivelser som intervjueren skal ta utgangspunkt i når spørsmålet formuleres. I en kvalitativ studie er det ikke nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen, men spørsmålsstilleren må holde fast på sin problemstilling slik at samtalen blir fokusert på den informasjonen som er viktig å få fram (Malterud 2008).

Intervjuguiden jeg brukte var bygget opp av temaer jeg ønsket skulle belyses, med underpunkter så jeg skulle huske å komme innom de fleste emner jeg ville ha med i samtalen. Det varierte hvor slavisk jeg fulgte intervjuguiden, avhengig av hvordan samspillet med informanten var. Jeg innledet med generelle spørsmål om tidligere arbeid og utdanning for å bli litt bedre kjent med informanten. Deretter startet jeg intervjuet etter grupperte emner. Jeg var mest opptatt av hvordan de organiserte arbeidet sitt og hvor mye som var styrt av ledelsen for å få et inntrykk av hvor frie de var til å utforme stillingen. Ellers konsentrerte jeg meg om informantens egen oppfatning av ledelsesmodellen og hvilke utfordringer de møtte som var hovedpunktene i intervjuguiden. (Vedlegg intervjuguide).

3.4 Utvalg

Jeg ønsket intervjupersoner som var lege og leder på avdelingsnivå (i oppgaven bruker jeg begrepet legeleder), det vil si i en mellomlederposisjon, og at de hadde fungert i en tverrgående lederstilling (leder for en avdeling, men med flere geografiske lokaliteter) etter fusjon av helseforetaket de arbeidet ved. I oppgaven bruker jeg betegnelsen "informant" om intervjupersonen. Det var fem informanter fra tre forskjellige helseforetak, de fleste fra østlandsregionen. Antallet, fem informanter var av praktiske grunner, fordi dette er en ett semesters masteroppgave, og intervju og bearbeidingsprosessen er arbeidskrevende slik at jeg ikke fikk tid til flere intervjuer. Fire av informantene kom fra samme regionale helseforetak, mens en kom fra et mer fjerntliggende regionalt helseforetak. Det var fire mannlige og en kvinnelig informant. For å finne aktuelle kandidater spurte jeg veileder og kolleger om forslag, da jeg selv bare kjente til et par kandidater. Jeg kontaktet dem først via e-post og spurte om de kunne tenke seg å delta i intervjuet, etter å ha gitt en kort informasjon om temaet. Alle jeg kontaktet sa seg villige til å delta, og fikk deretter tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg informasjonsskriv).

3.5 Ethiske og metodologiske utfordringer

Undersøkelsen var godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg godkjenning fra NSD).

Datagrunnlaget i denne oppgaven er fra fem leger som også er ledere og en av dem hadde i tillegg en universitetsstilling. Ingen av informantene kjente til hvem de andre informantene var. Siden det bare var en kvinnelig informant omtaler jeg alle som "han" i oppgaven, slik at hun ikke blir så lett gjenkjennbar. Alle informantene kom fra store sykehus, og flere av sykehusene var universitetssykehus. Noen av informantene kjente jeg til fra eget helseforetak, men jeg har ikke noe "*personlig forhold*" til dem. To av informantene arbeider innenfor min spesialitet, men jeg har aldri arbeidet sammen med dem, og de jobber ikke på samme sykehus som jeg gjør. Jeg har tidligere arbeidet ved en av avdelingene hvor en informant er leder, men det var før vedkommende begynte å jobbe der.

Informantene bestemte selv hvor og når intervjuene skulle finne sted. Alle bortsett fra en ble intervjuet på sin egen arbeidsplass, på sitt eget kontor. Den siste var på et møte i Oslo, og kom til min arbeidsplass fordi det passet informanten best. Intervjuene varte

mellom 45 og 60 minutter, et tidsskjema jeg hadde informert om på forhånd. De fleste intervjuer foregikk uten forstyrrelser fra utenforstående.

Informantene ble ikke vist intervjuguiden, og jeg brukte den mest som støtte for å forsikre meg om at jeg fikk med meg alle temaene.

Navn, avdelingstilhørighet eller sykehus ble det ikke spurt om, men det er små forhold i norsk helsevesen, og mange som kjenner personer rundt i landet, slik at det ikke er helt usannsynlig at en leser av oppgaven kan forstå hvor informantene jobber. I sitatene har jeg fjernet egennavn og erstattet det med XX eller YY.

3.6 Behandling av data

Intervjuene ble tatt opp på en digital hånddiktafon, Olympus VN 8500PC, og på en Ipad med en nedlastet Voice Recorder applikasjon, og intervjuene ble lagret der som nummererte, anonymiserte opptak. Opptakene ble transkribert, transformert fra muntlig til skriftlig form, av meg ordrett dagen etter, eller noen dager etter intervjuet. Typiske enstavelsesord, gjentakelser og liknende ble delvis utelatt for å gjøre det til et enklere lesbart språk og fordi de ikke hadde betydning for det meningsbærende innhold. Det muntlige språk forsøkte jeg å beholde, noe en del av sitatene brukt i resultatdelen bærer preg av. Jeg transkriberte etter hånddiktafonen fordi man der kan senke hastigheten på opptaket. De transkriberte opptakene er anonymisert og transkribert og lagret på en separat minnepinne.

3.7 Analyse

Etter transkripsjonen gikk jeg først løs på materialet ut fra temaer og lagde en kort sammenfatning av hva de enkelte informanter mente om hvert tema. I tillegg laget jeg et fortettet sammendrag fra den enkelte informant.

Ellers forsøkte jeg å bruke den systematiske metningsfortetning i form av Goirgis fenomenologiske analyse – ved å kode temaer ved hjelp av linjenummer, slik at jeg lett kunne finne hvor i intervjuet hver enkelte informant kommenterte de ulike temaer. Dette gjorde det enklere å abstrahere innholdet og også lettere å konsentrere temaer med nærliggende innhold (Malterud 2008, Kvale 2009).

3.8 Refleksjoner over intervjusituasjonen

Som nevnt tidligere har jeg samme profesjon som informantene, men sitter ikke selv i en lederstilling. Det varierte hvor godt jeg klarte å kommunisere med informantene, og jeg opplevde nok min egen situasjon som intervjuer var mer uvant enn kanskje det informantene følte sin situasjon som intervjuobjekter. I etterkant av intervjuene tenkte jeg ofte *"hvorfor spurte jeg så direkte, burde klart å være mer åpen i spørsmålsstillingen"*. Jeg trodde så at jeg skulle klare det bedre i neste intervju, men opplevde at jeg raskt falt tilbake på samme dårlige vane. Grunnen til at jeg ikke klarte å holde fokus på hvordan jeg spurte var nok fordi jeg tenkte så mye på at jeg måtte få med meg alle punktene i intervjuguiden. For å bli en erfaren intervjuer føler jeg at det krever langt mer enn fem intervjuer.

I intervjusituasjonen følte jeg at de fleste av informantene var upåvirket av direkteopptaket, og snakket helt fritt uten å være redd for at det er små forhold i Norge, og selv om alt anonymiseres, så kan man ikke utelukke at noen kjenner seg selv eller de andre igjen. Tre av informantene snakket veldig fritt om sitt forhold til sykehusledelsen og sine ansatte, mens to var mer reserverte. Hadde jeg vært mer profesjonell som intervjuer, er det mulig at jeg hadde klart å gå mer i dybden hos disse to. Siden jeg jobber i samme helseforetak som tre av informantene var det også en fare for at jeg kjente til forhold og relasjoner innenfor deres avdeling i forveien. Dette var tilfelle med en av informantene, mens de to andre arbeider på avdelinger som ikke jeg har kontakt med. Jeg synes ikke det var noe stort problem, da jeg selv var overrasket over hvor lite jeg kjente andre avdelingers utfordringer i fusjonsprosessen. Min avdeling hadde ikke innført tverrgående ledelse da jeg bestemte meg for å skrive om temaet, og jeg hadde derfor ingen forutsetninger for å mene så mye om hvordan det fungerer.

Det at jeg selv er lege, gjorde at vi snakket samme språk, både på godt og ondt. Det ble lett slike kommentarer som *"som du forstår"*, *"ikke sant?"* og *"som du vet"*, slik at det ikke eksplisitt ble sagt det informanten mente. Da jeg ikke er leder, og dermed er litt under informantene hierarkisk, følte jeg at jeg kunne ha den litt mer ydmyke, spørrende holdning for å unngå de ovennevnte kommentarer. I etterkant ser jeg at jeg ikke klarte å ha den åpne spørrende holdning i alle situasjoner som jeg burde. I en slik intervjusituasjon tror jeg det kan være en fordel at intervjueren ikke tilhører samme profesjon som informantene, fordi det da er lettere å holde en åpen intervjusituasjon. Det er mulig at dersom man er en profesjonell intervjuer, med lang erfaring, så ville ikke

dette vært et aktuelt problem, men i min situasjon som helt fersk intervjuer, tenkte jeg flere ganger at hvis jeg kunne ta samme intervju om igjen ville jeg spurt på en annen måte.

Det at jeg selv jobber i et fusjonert helseforetak har vekket nysgjerrigheten for både positive og negative erfaringer med tverrgående ledelse, og i intervjuene prøvde jeg å få fram begrunnelsen for meningen, ikke bare selve meningen. Mine egne erfaringer tror jeg var viktige for å få fram informantenes begrunnelser, og jeg følte ikke at jeg styrte informantene i retninger hvor de ikke fikk fram sine meninger.

4 Resultater og refleksjoner

I denne delen vil jeg ta for meg hovedpoengene i intervjuene ut fra problemstillingen. Jeg har delt det inn i fire hovedtemaer, med tre til fire underpunkter under hver av hovedtemaene. Enkelte underpunkter overlapper hverandre, men allikevel har de noen egenarter som er årsaken til at jeg splitter dem.

4.1 Organisering

4.1.1 Stilling og stillingsinstruks

De tre fusjonsprosessene denne oppgaven omhandler var forholdsvis nye, og alle informantene hadde en nyopprettet stilling. Informant 4 hadde innehatt stillingen i 5 år, mens de andre hadde sittet to år eller kortere. Tre av informantene var innplassert i stillingen, det vil si at de tidligere hadde hatt en avdelingsleder stilling på en av de fusjonerte avdelingene, og var så spurt om å ta stillingen som tverrgående leder. De to andre informanter søkte stillingen etter oppfordring.

Når det gjelder stillingsinstruks hadde alle, bortsett fra en, en skriftlig arbeidsinstruks. Instruksene var ganske kortfattet, og omhandlet hvilket ansvar lederen hadde, og om lojalitet mot overordnet ledelse.

"....arbeidsinstruksen er helt overordnet, lojal mot direktøren og hele sykehuset og sånn. Og ellers kan du gjøre hva du vil" (Informant 1)

Alle som hadde stillingsinstruks påpekte at den ikke inneholdt konkrete føringer på hvordan avdelingene skulle ledes, og heller ikke hvordan de skulle fordele arbeidsdagen på de ulike sykehusene, bortsett fra at det var forutbestemt hvor de skulle ha hovedsete, hvor de skulle ha sitt kontor. Det var derfor opp til hver enkelt å utforme stillingen sin. Flere ønsket å delta mer aktivt på de andre avdelingene enn der de hadde kontor, men det var ofte vanskelig i praksis på grunn av mye møtevirkosomhet og andre pålagte oppgaver.

"Jeg opplevde at dette var en ny stilling og en rolle som jeg veldig langt på vei formet og lagde selv. Og det var litt sånn på godt og vondt" (Informant 4)

Flere av informantene ga inntrykk av et litt ambivalent forhold til manglende føringer i stillingsinstruksen. De så på det som en fordel at de hadde frihet til å forme stillingen selv, eventuelt med innspill fra sine medarbeidere, men det var også en måte å bli mer sårbar på, fordi de ikke kunne gå ut å si at min stilling innebærer disse premissene lagt fra ledelsen.

4.1.2 Kombinere lederstilling med klinikk

Alle lederstillingene i denne undersøkelsen var fra sykehusadministrasjonen utlyst som rene lederstillinger. Som mange andre leger i lederstillinger ønsket alle informantene å beholde noe klinisk arbeid i tillegg til en 100% lederstilling. To av informantene sa at sykehusledelsen hadde gitt klart inntrykk av at de ikke ønsket at lederen også jobbet klinisk, men de godtok at den enkelte informant gjorde klinisk arbeid i tillegg til lederstillingen.

"Stillingsinstruksen gikk nok mer i retning av at det var best at jeg ikke hadde en klinisk portefølje, men jeg ønsket det annerledes" (Informant 5)

Det var forskjellige måter å utføre det kliniske arbeidet på, alt ettersom hvilken spesialitet de tilhørte. Omfanget varierte fra et par timers klinisk arbeid pr dag, eller poliklinikk en til to dager i uka, og en valgte å delta i avdelingens vaktordning. Alle informantene uttrykte at de ville gjort en dårligere lederjobb hvis de ikke også hadde vært klinikere, fordi det er viktig å kjenne medarbeiderne på forskjellige plan, og

for lettere å forstå "hvor skoen trykker". To av dem mente at det er viktig å ha medisinsk faglig innsikt for å kunne ta administrative og økonomiske beslutninger.

"...det er motivert like mye ut fra at min oppfatninger at du står bedre rustet til å skjønne den avdelingen du har ansvar for, hvis du jobber med det den avdelingen skal gjøre" (Informant 5)

De fleste informanter utførte det kliniske arbeidet på det sykehuset de hadde sitt kontor, mens en jobbet klinisk på to sykehus, fordi han følte at han ble raskere og bedre kjent med personalet på den måten.

En annen grunn til å ønske klinisk arbeid i tillegg til lederstillingen er at de synes faget er spennende, og ikke ønsker å miste all kontakt med miljøet og kolleger.

Ingen av informantene ga uttrykk for at de hadde klinisk arbeid fordi de så på lederstillingen som en midlertidig stilling. En av informantene sa imidlertid opp sin lederstilling før denne oppgaven var avsluttet og gikk tilbake til klinisk arbeid.

"...jeg har morsommere dager som kliniker, hvorfor skal jeg ligge søvnløs om nettene og gruble på disse tingene her?" (Informant 4)

4.1.3 Stordriftsfordeler

Utgangspunktet for fusjonene var at sykehusene skulle drives mer effektivt ved at det ikke skulle være konkurrerende tjenester, man reduserte administrasjonen til en enhet med profesjonelle ledere som skulle styre de faglige ledere i klinikkene og avdelingene på samtlige fusjonerte sykehus. En av lederne var helt klar på at faglig ledelse var en forutsetning for funksjonell sykehusdrift.

"Jeg er nok veldig uenig i den her "new public management" linja i helsevesenet, fordi jeg tror ikke en med mye ledererfaring, men lite forstand på helsevesenet, nødvendigvis kommer til å måtte, eller kunne gjøre en god jobb på det nivået jeg befinner meg, som er så veldig knyttet opp mot drift." (Informant 5)

Forutsetningen for en effektiv drift har hele tiden vært at det skulle vært lagt til rette for felles pasientadministrative- og informasjon tekniske- system (IKT systemer), samt felles lønns- og arbeidsforhold.

Alle informantene var inne på problemene med de forskjellige infrastrukturer for å lykkes med å skape en fusjonert avdeling. Det gjaldt ikke bare journal-, og billedarkivsystemer, men også ulike lønns-, og arbeidsavtaler innenfor samme avdeling.

"Fordi at IT system og sånne grunnleggende system ikke er på plass har det vært ekstra krevende og sykehuseier har ikke vært villig til, eller hatt evne til, å se hvor krevende det er, og har ikke lagt ressurser i potten". (Informant 1).

Det var bare en av informantene som hadde felles IKT system ved de fusjonerte sykehusene, og det var det helseforetaket med størst avstand mellom sykehusene, og der hadde det eksistert i flere år før fusjonen. Informanten fra dette helseforetaket var derfor lite opptatt av disse grunnleggende strukturene fordi han ikke opplevde det som et problem. Ved et av de andre helseforetakene var det delvis bygget ut felles systemer, mens det siste helseforetaket ikke hadde felles IKT systemer.

På flere fusjonerte helseforetak var avstanden mellom sykehusene så stor at det ikke egnet seg for rotasjon av arbeidstakere eller felles vaktordninger. Men på helseforetaket hvor sykehusene lå svært nær hverandre burde det teknisk sett være en mulighet, men informantene opplevde at vaktssystemene var så forskjellige at man ikke kunne rotere ansatte, og det ble heller ikke gitt bevilgninger til å jevne ut forskjellene i lønn eller å lage felles vaktordning.

"Jeg har etterspurt ressurser til å drive felles vaktssystem slik at vi kan få til rotasjon av legene, men det fikk vi ikke penger til." (Informant 1)

En av informantene hadde forsøkt å lage stordriftsfordeler ved å organisere felles faggruppemøter for legene hver tredje måned, som var spesielt positivt for små avdelinger som ikke har samme ressurser til faglige møter som de store avdelingene. Små sykehus som er veldig sårbare ved fravær hadde også nå den fordel at de kunne få vikarer fra storavdelingen når de var rammet av sykdom. Dette var små enkle grep

som ikke var avhengige av felles IT systemer, eller arbeidsavtaler, hvor lederen hadde forsøkt å samle enhetene, noe han mente alle hadde satt pris på.

4.1.4 Stedlig versus tverrgående leder

Ved alle helseforetakene var det en klar føring fra sykehusets ledelse at det skulle være tverrgående ledelse, men alle informantene, bortsett fra en, innførte stedlige ledere på de ulike lokalisasjoner i en eller annen form på et tidlig tidspunkt, med eller uten sykehusledelsens godkjenning. Informanten som opprettet stedlig ledelse mot instruksen fordi gjennomgående faglig ledelse ikke fungerte, mente at man burde gi avdelingsstatus tilbake til de mindre sykehusene, og gi dem mer ansvar for egen drift. Han påpekte at de operative enheter ikke tar mer ansvar for sin egen situasjon enn de har myndighet til. Det kan være for lett å skyve alle problemer tilbake på ledelsen på "storsykehuset". Det kan være en sovepute, de har en skyteskive, en klageinstans som er en leder langt borte.

"...det er å gi både B og C en ny avdelingsstatus, sånn at de kan styre seg sjøl, få et budsjett og greie seg sjøl som best de kan. Min opplevelse disse fem årene jeg har vært der er at når du kommer inn under en sånn tverrfaglig ledelse med en storebror som skal både titte deg i kortene og passe på, er at det fører til en viss grad av passivitet og tilbaketrukkethet hos de mindre, til dels blandet med positive forventninger, til dels blandet med negative forventninger på de to stedene. Og så blir det til at du, hvis det for eksempel er noen problemer noe sted så kommer de selvfølgelig løpende, og er det noe som vi vil ha innført med arbeidssted eller sånne ting, så vil de helst ikke det".

(Informant 2)

Ingen av de andre informantene ytret tilsvarende synspunkter, men det kan være fordi de hadde hatt stillingen i mye kortere tid enn informant 2, og fortsatt var i en innkjøringsfase.

På et av sykehusene hvor informanten selv hadde innført stedlige ledere på sine respektive enheter, fordi det var en forutsetning for tilfredsstillende drift, hadde foretaket etter to år med tverrgående ledelse i alle klinikker, gjeninnført stedlig ledelse alle kliniske avdelinger, fordi det ikke fungerte med tverrgående ledelse.

"Jeg tror ikke man skal ha tverrgående ledelse for langt ned i organisasjonen, men altså høyt oppe på avdelings/klinikk nivå tror jeg vi vil kunne få det til å fungere"
(Informant 4).

På den seksjonen hvor det var størst motstand mot fusjonen fordi de var redd for å miste funksjoner, hadde de prøvd med tverrgående ledelse i ett år, men da måtte både informantene som leder, og sykehusledelsen si seg enig med de ansatte i at det ikke fungerte, og det ble ansatt en assisterende seksjonsleder på det sykehuset hvor lederen ikke hadde sitt kontor.

4.2 Ansvar og myndighet

4.2.1: Strategi

Når organisasjoner lager store omorganiseringer forventer man at de har en strategiplan for hvordan omorganiseringen skal gjennomføres. Ingen av informantene fikk konkrete stillingsinstrukser om hvordan de skulle lede. Flere opplevde at de stadig fikk nye beskjeder om hvilke endringer som skulle iverksettes uten at planene var diskutert eller informert om.

"Men jeg har jo blitt litt desillusjonert når jeg ser på denne store organisasjonen med heltidsledere med mange års erfaring, og se på en måte hvor ad hoc, hvor lite planlagt avgjørelser tas. Det har overrasket meg litt, synes det er mye armer og bein, og mye blir glemt, man må purre, avgjørelser blir sendt rundt i systemet, og ingen vil bestemme, ja mye sånn at viktige avgjørelser tas ad hoc, og det har skremt meg litt".
(Informant 4)

Det var bare to av informantene som klart uttrykte at de hadde egne strategiske planer for sine avdelinger. En hadde klare planer for rotasjon av de ansatte mellom lokalisasjonene. Dette fordi han så det som eneste mulighet for å smelte sammen de to lokalisasjonene til en funksjonell enhet. Ingen av medarbeiderne var enige i det, og det var mangel på ressurser samt ulike arbeidsavtaler som var årsaken til at det ikke kunne iverksettes. Han ga klart uttrykk for at han ville gjennomføre det så snart han fikk muligheten selv om medarbeiderne var mot forslaget.

Som leder av en avdeling er man nødt til å tenke strategiske tanker som får store konsekvenser, og man må hele tiden justere planene etter virkeligheten. Strategiske

planer vil alltid innvirke på mange forskjellige enheter, slik at denne lederen følte seg bundet av de mange aktørene som kunne bli rammet av endringer, men mente at han som leder var nødt til å tenke strategi.

"Altså helsestell er noe av det mest kompliserte du kan stelle med. Logistisk sett så likner det ikke på så veldig mye annet. Det er ekstremt mange aktører i forhold til hvordan du ordner å rigge driften din. Vi har jo pasientforløp, som er i berøring med svært mange andre enheter, og det er klart, jeg er jo ikke enerådende til å justere opp kapasiteten eller flytte virksomheter. Sånn at hvis du skal flytte noe, eller endre noe, har du et enormt varslingsansvar i forhold til andre som blir berørt. Sånn sett kan du si at du er veldig bundet på hender og føtter, men i min verden kan det ikke frata det at du er nødt til å tenke strategiske tanker som har store konsekvenser. " (Informant 5)

4.2.2 Ressursutnyttelse

Alle informantene var flere ganger inne på at ressursmangel var en av årsakene til at fusjonsprosessene gikk så tregt, og da var det de økonomiske ressurser det var snakk om. I motsetning til i andre land (bl.a. Sverige og Danmark) hvor det var bevilget store omstillingsmidler, mente helsepolitikkerne i Norge at det skulle spares fra første dag.

"For man burde kanskje i større grad enn det man har gjort, sett på hvordan gjør man det og hva er lurt, og hva har vært feil, når man ser på andre land, hva andre tilsvarende miljøer har gjort tidligere". (Informant 1)

Informantene var også inne på at en av de store hindringene for å få gjennomført fusjonene var de økonomiske betingelsene, at det ikke var budsjettert med omstillingsmidler.

"Vi skal nedbemanne, Vi skal spare penger. Det er ingen penger til medisinsk teknisk utstyr. Og det er klart det, at det er utrolig vanskelig å bygge en organisasjon med de rammevilkårene når man tenker at man skal ta ut gevinsten økonomisk allerede det første året, sånn at med de ramme vilkårene som ligger nå at det er uhyre vanskelig, kanskje ikke mulig , å få til en god fusjon. Jeg tenker at man må legge til rette på en helt annen måte." (Informant 4)

Et annet problem flere av informantene påpekte var at oppmerksomheten er så sentrert mot økonomiske ressurser at det virker som det faglige blir glemt. Et av målene politikerne hadde med fusjonene var å styrke fagmiljøene. Men når lederne bruker all sin tid på å rasjonalisere driften for å kunne holde budsjettet som blir strammere og strammere hvert år, har de ikke også kapasitet til å tenke på fagutvikling.

”Mens pendelen har svingt ganske betydelig andre veien nå, i hvert fall i XX eller i virksomheter som er i en sånn type prosess vi er i, vi er jo ikke det eneste foretaket som har det sånn. Så tror jeg nok at den pendelen har svingt litt vel kraftig i retning av at jeg tror ikke det er mange ledere på mitt nivå som har hatt veldig mye fokus på fagutvikling de siste to årene, og det er farlig.” (Informant 5)

4.2.3 Byråkrati

Når flere sykehus fusjonerer og det dannes klinikker og divisjoner, er det mange ledelsesnivåer fra avdeling og til direktørens stab, i flere helseforetak er det 5 ledelsesnivåer. Dette kan føre til en pulverisering av ansvar, med uklare ansvarsområder. En av informantene ga klart uttrykk for at saker ble modifisert oppover i systemet til det ugjenkjennelige, fordi nærmeste leder ikke kan ta en beslutning, og så sendes det videre, noen ganger helt til regionalt helseforetaksnivå. Det virker som hvert enkelt ledelsesnivå ikke vet hvilken beslutningsmyndighet de har. Flere av lederne følte at det var et misforhold mellom myndighet og ansvar. De har ansvar for å holde budsjettet, og å innføre tiltak som organisasjonen bestemmer, men kan ikke utføre ansettelser av personale eller gjøre innkjøp av utstyr.

”..men nå er det ikke at det bare er en ufattelig byråkratisk stab, men det er også slik at staben driver jo hele tiden og sender oss oppgaver, sånn at vi må besvare den ene ufattelige henvendelse etter den andre og bruker masse tid på uforståelige ting”.
(Informant 3).

En av informantene mente at denne byråkratiseringen var bevisst fra myndighetenes side. Han mente at myndighetene lettere kan fraskrive seg ansvaret når det er uklare beslutningsnivåer. Når noe går galt i helsevesenet, som for eksempel at kreftpasienter må vente i flere måneder på utredning, kan politikerne si:

"Ja, men kjære, det var da ikke meningen at du skulle gå med kreft i 2 mnd. uten å oppdage det. Tvert imot". (Informant 2)

Byråkratiseringen førte også til at lederne ikke kunne gjøre mindre endringer i bemanningen, men måtte sende alle forslag om endringer til et eget utvalg.

"Alle endringer må inn i det stillingsutvalget. Og inkludert endringer i arbeidstid og lønn, så hvis for eksempel jeg så at vi trengte en "ansatt på sykehus XX" i 80% i stedet for 60%, så var ikke det noe jeg kunne bestemme selv, da måtte det søkes via stillingsutvalget. Det ble en ganske stor myndighetsfraskrivelse, når man har veldig mye ansvar." (Informant 4)

Pulverisering av ansvar er et problem for lederne og de ansatte fordi det ikke er klart hvor langt opp i systemet en sak skal før det tas en avgjørelse, og når vedtaket går mot de ansattes ønske går frustrasjonen ut over nærmeste leder.

"Det blir pulverisert, det blir modifisert, og så kommer også aggresjonen selvfølgelig på den nærmeste, eller to nærmeste leddene, men når aldri opp der det egentlig, hvor egentlig fordelingen og premissene legges for alt det her" (Informant 4)

4.3 Utsiktede effekter

4.3.1 Fokus på pasient eller økonomi?

Flere av informantene følte at det var de som ledere som måtte snakke pasientens sak både overfor sykehusledelsen og de ansatte, som en av dem uttalte det:

"...jeg synes faktisk at jeg har en viss rolle som pasientens advokat også" (Informant 3)

Sykehusledelsen har så sterkt fokus på økonomien, og de ansatte kan være mer opptatt av sine egne arbeidsforhold, så sykehusets venteliste og pasientenes rettigheter kommer i andre rekke.

"Hvor lenge skal de gå og vente? Skal det være mye høyere terskel for den "YY" mann og kvinne å bli undersøkt og behandlet, og bli noenlunde tatt hånd om? (Informant 2)

En av informantene var helt klar på at dersom direktiver ovenfra kom i konflikt med pasientbehandlingen, var han helt klar på hvilken prioritering han la til grunn.

"Altså jobb nummer en for meg er jo å sørge for at de pasientene jeg har ansvar for, får den behandlingen de skal ha, når de skal. Og så skal det ikke koste så mye. Da er prioriteten gitt. Altså punkt 1, de skal få den behandlingen, og punkt 2 så ser vi på økonomien. (Informant 5)

4.3.2 Mister lederen pasientfokus?

I forrige punkt var jeg inne på at flere av informantene mente at det var de som opprettholdt pasientfokuset. De måtte komme med de faglige argumentene overfor sykehusledelsen, som ikke klarte å se de totale konsekvensene av innsparingene, eller effektiviseringen de foreslo. I en lederposisjon på avdelingsnivå må lederen i første omgang være opptatt av driften av sin avdeling, og alle informantene var opptatt av å gi best mulig faglige tilbud, selv om flere syntes det var vanskelig med det de oppfatter som knappe ressurser. De fikk stadige pålegg om innsparinger og nedskjæringer, og enkeltvis prøvde avdelingene å gjennomføre tiltakene. Problemet var at det ikke var en helhetlig strategi eller plan fra helseforetakene. En av informantene mente at det kan være forholdsvis enkelt for serviceavdelinger å redusere driften for å spare penger, men hva hjelper det de kliniske avdelinger, hvis pasientene må være inneliggende flere dager lengre enn nødvendig for å få gjort en test eller undersøkelse. Da får den kliniske avdelingen økte kostnader og totalen for helseforetaket er kanskje heller dyrere drift enn innsparinger. Det er derfor det er det helhetlige pasientfokus det kan skorte på, selv om lederne opprettholder pasientfokus på sin avdeling.

"En annen forutsetning er at, jeg mener at det er naturlig å skille det jeg kaller for pasientansvarlige avdelinger, og de som skal levere en tjeneste, les for eksempel røntgen, patologi.... Jeg mener ikke med det at de er noe mindreverdige, eller at de ikke tar ansvar for pasientene sine, men de er likevel i en situasjon hvor det er mye lettere å skalere ned en drift. Og når det da er veldig harde krav til hvordan dette skal skaleres, så er vi nå der at de er i ferd med å greie det på vår bekostning. De har klart å redusere sin aktivitet. Men det som da skjer er at vi har pasienter liggende urimelig lenge i

bunker, men også i avdelinger, for å få gjort en avklaring som kanskje er radiologisk.”
(Informant 5)

4.3.3 Subkultur dannelse

Da flere av lederne hadde innført stedlig leder fordi det ikke fungerte med ren tverrgående ledelse, var dette med subkulturer ikke noe stort problem. I helseforetakene med stor avstand mellom sykehusene var det større forståelse for at de levde et mer autonomt liv, mens en av lederne som hadde kort vei til det andre sykehuset opplevde at det kunne bli litt for mange ”småsjefer”. Når det ikke var en fast stedlig leder, kunne den eller de som følte seg mest kompetente oppnevne seg selv som den som la premissene i enheten. Ofte var det de med mest erfaring, eller de som selv synes de hadde mest erfaring som fungerte som en slags stedlig leder, og det kunne lett bli uenighet om hvem som skulle være den ”naturlige” sjef.

4.4 utfordringer

4.4.1 Kulturforskjeller

Flere av informantene synes dette med kulturforskjeller var overdrevet. Det er også spørsmål om hvordan man definerer kulturforskjellsbegrepet. En mente at det ikke var kulturforskjeller, men administrative og fagpolitiske forskjeller. Siden det var leger som var informantene er det mulig at de legger mindre vekt på kulturbegrepet eller definerer det annerledes enn andre profesjoner som sykepleiere og sosiologer, som står for mye av litteraturen om dette emnet (Fulop 2005, Tsai 2011, Buono 1985).

Kulturforskjeller kommer av hvordan virksomheten er drevet over år, og det er ofte et rasjonale for hvorfor den drives slik. En av informantene mente at man måtte kjenne organisasjonen og kulturen, og vise respekt for hvorfor avdelingen ble drevet som den ble. Han følte seg ukomfortabel når han fikk pålegg fra sykehusledelsen om å innføre like retningslinjer på alle avdelingene.

”Og det blir liksom respektløst overfor kulturene på de forskjellige stedene. Man har jo lokale varianter som er tilpasset, gjerne over lang tid, som er hensiktsmessige”
(Informant 4)

En av de andre informantene uttrykte det på en litt mer lakonisk måte.

"...så er det jo noen av de som sitter rundt der som er veldig opptatt av kultur bygging, og det er ikke måte på. Alt går på kultur bygging, men jeg vet ikke, jeg har ikke, det er klart det er forskjellige kulturer, men kanskje ikke jeg ser det sånn. Noen har en sofagruppe i granskningen, og det er hensiktsmessig, det har blitt sånn at det går an, og andre spiser ikke sammen. Jeg vet ikke, altså, hva som er kultur." (Informant 2)

4.4.2 Lojalitetskonflikter

I mellomlederposisjonen har man både et ansvar for å styre etter organisasjonens ledelse, samtidig som man skal tale de ansattes sak, og der kan det ofte oppstå en lojalitetskonflikt.

Informantene synes selv at det kunne være en vanskelig situasjon. Overfor arbeidsgiveren har de underskrevet og forpliktet seg til å følge instruksjoner og retningslinjer ovenfra. Selv om de ikke alltid var enige i beslutninger som måtte iverksettes, innebar stillingen at de måtte selge argumentene overfor sine medarbeidere. En av informantene ble etter hvert så uenig i ledelsens strategi og veivalg, at det oppsto en lojalitetskonflikt, og vedkommende valgte å fratre sin stilling.

"fordi jeg følte at den veien som ble valgt av administrerende direktør, den var ikke jeg enig i, og da kunne ikke jeg stå inne for, og stå foran mine og si at der skal vi gå, når jeg ikke trodde på det. Og da ble det en helt logisk konsekvens for meg at jeg måtte gå (Informant 4)

Alle informantene var ganske klare på at de følte seg mest som de ansattes talsmann, og at det var lettere å ha lojalitet nedover enn oppover i systemet. Siden alle sammen også hadde klinisk arbeid, var de hele tiden i nær kontakt med den daglige drift, og kunne derfor føle problemer på kroppen, og raskt se om vedtak ovenfra lot seg gjennomføre eller om det måtte modifiseres eller motarbeides.

En av informantene ga klart uttrykk for at det var viktig å ha flere berøringspunkter så man kunne hjelpe til å justere kursen både til medarbeiderne og ledelsen.

"I et fagtungt miljø er du ikke lengre leder enn de vil at du skal være det. Hvis de ikke har tillit til meg, kan jeg si og gjøre akkurat hva jeg vil, og det beveger seg ikke." (Informant 5)

I mellomlederposisjonen som disse informantene befant seg i var det flere som følte seg som sydebukker for hele systemet. Det var spesielt en av informantene som følte at medarbeiderne ga han skylden for upopulære vedtak ved omorganiseringen.

"...og så det er min subjektive følelse, så føler jeg at jeg har fått skylda for mye større del av totalendringene enn det jeg faktisk tror jeg skal ha ansvar for, så jeg har opplevd at det har vært ganske tungt i perioder, og vært alles sydebukk for all verdens elendighet." (Informant 1)

En av de andre sa at han kunne bruke sine egne ledere til å ta støyten noen ganger, for å spare seg selv, selv om han selv var enig i vedtaket ovenfra. Det fordrer at man har et godt forhold til sine egne ledere, for lederen som er nærmest arbeidstakerne er den som er mest utsatt for å ende i sydebukk rollen.

Enkelte av informantene synes også legegruppen er en vanskelig gruppe å lede, de har sterke meninger, og tar ikke et "nei" for et "nei" før det har vært flere omkamper. En av informantene hadde jobbet i utlandet i flere år og synes ikke forskjellen på å være leder i Norge og utlandet var så stor. Han sa at de har ikke samme allmøte- og organiseringskultur i andre land, men at det er mer "hvissing og tisking" mellom medarbeiderne i korridorene når de er uenig i hvordan lederen utfører jobben sin.

4.4.3 Alltid på feil sted

Frustrasjonen ved å lede flere avdelinger var for de fleste informanter at de ikke var nok tilstede på de ulike steder. For en var ulempen at han ikke ble kjent med de ansatte, følte seg utenfor og ble ikke en naturlig del av enheten, og nærmest måtte ta hilserunde hver gang han kom "på besøk". Flere av informantene måtte prioritere tilstedeværelse på den enheten hvor behovet var størst i forhold til omorganisering og informasjon for de ansatte, men det var ikke alltid der de hadde sitt kontor og "hovedsete", slik at det kunne bli et dilemma.

"Altså, jeg er alltid på feil sted, det er min magesfølelse". (Informant 1)

"Og det gjør det ekstra krevende, at jeg nå som leder er minst tilstede på den avdelingen hvor støynivået er størst" (Informant 1)

Et problem for lederen der avstanden mellom sykehusene var stor, var at disse enhetene ble ganske autonome, og noen av dem kan syntes at det er greit å bli fjernstyrt, da kunne de gjøre mer som de var vant til.

”På en måte liker de nok å ha en litt fjern leder, sånn som jeg har fungert for C og B. Så har de en skyteskive og en klage instans og klagemur å komme til, men uten at jeg behøver å ha noen detaljstyring på det.” (Informant 2)

Det var stor forskjell på helseforetakene når det gjaldt avstanden mellom sykehusene. På de to helseforetakene hvor det var store fysiske avstander, var det mer forståelig for de ansatte at lederen ikke kunne være så mye til stede, og lederne godtok det også mer selv. Det var på helseforetaket med korte avstander mellom sykehusene at lederne hadde denne følelse av aldri å være på rett sted.

4.4.4 Motstand mot endring

Ved sammenslåing av arbeidsplasser, eventuelt nedleggelse av en eller flere av sykehusene og flytting av funksjoner er det vanlig at omorganiseringen møter motstand. Informantene opplevde denne situasjonen svært forskjellig ettersom hvor de jobbet, og de tre informantene som jobbet på samme helseforetak hadde flere like erfaringer når det gjaldt medarbeidernes motstand mot endringer.

I helseforetaket hvor det var stor avstand mellom sykehusene var ikke fusjonen så truende for det var ingen trusler om nedleggelse eller fjerning av kjernefunksjoner. Et av sykehusene (sykehus C) var glad for at ledelsen nå satt på sykehus A, fordi de i en periode hadde ligget under sykehus B, som nå også var en del av helseforetaket, og er et sykehus som bare er litt større enn sykehus C. Det hadde vært flere uheldige episoder hvor sykehus C hadde blitt direkte overkjørt (av B), så forholdet dem i mellom var i utgangspunktet dårlig.

”...sånt glemmer du ikke på 15 år, vet du. Du må trå varsomt når du skal i en storebror rolle, må passe på å fordele. Det er omtrent som å passe på at minstemann får litt av pizzaen også” (Informant 2)

Informanten som jobbet i helseforetaket med fusjon av fire sykehus opplevde situasjonen helt annerledes. Der var funksjonsfordeling et stort tema på de to største sykehusene. Et av sykehusene følte sin situasjon truet, fordi de mistet funksjoner til det største sykehuset. Selv om flytting av funksjoner var godt faglig begrunnet, i tillegg til den økonomiske begrunnelse, var det stor motstand hos medarbeiderne som slet på informanten. Lederen følte at han brukte forholdsvis mye tid på den avdelingen hvor det var størst motstand, noe som gikk ut over de andre lokalisasjonene. De to små sykehusene var mer opptatt av eksistensen, for å beholde akuttfunksjonene ved sykehuset, og deres kampsaker var derfor helt annerledes enn på de to store avdelingene hvor funksjonsfordeling var hovedtema. Informanten kunne derfor ikke ha en enhetlig strategi fordi det var motstridende interesser ved de ulike lokalisasjoner. I helseforetaket hvor tre av informantene jobbet var det på spesielt en avdeling, faglig enighet om fusjonen for å samle kompetansen. Informanten opplevde at manglende mulighet til samlokalisasjon og ressursmangel var barrierer, ikke motstand mot endringer fra medarbeiderne.

"Nei, jeg føler ikke at veggen er innad i avdelingen, jeg føler at veggen befinner seg et helt annet sted". (Informant 3)

I fagfeltet hvor det var konkurranse om å få utført flest mulige prosedyrer for å holde seg faglig oppdatert, var det veldig liten vilje og evne til å gi fra seg arbeidsoppgaver man har hatt.

"...man finner veldig lett gode argumenter for at det skal fortsette akkurat som før, og aller helst i litt større omfang, så det er nok ikke de som sitter på oppgaven som er best egnet til å ta den beslutningen. Der må man høre grundig og nøye på det de har å si, og så må man ta en beslutning ut fra hva man sjøl mener er mest fornuftig."

(Informant 5)

Denne informanten opplevde også at hvis en endring var ønsket av medarbeiderne var den veldig lett å gjennomføre, men at det føles dramatisk når det ikke har vært endringer de siste 20 år, og så snus verden litt på hodet. Han opplevde at når han som leder i en periode brukte ekstra tid på den avdelingen som skulle

flyttes/nedlegges/endres, kom han i en dialog med de ansatte. Når det ble forsikret at det som er bra fortsatt skal være bra selv om det endrer lokalitet, var det lettere å gjennomføre omorganiseringen. Han måtte være fleksibel som leder og hele tiden endre tilstedeværelse og fokus på det stedet som trengte det mest.

Informanten som kanskje møtte størst motstand mot endring, påpekte at det lenge før fusjonen hadde vært et storebror-lillebror forhold mellom enhetene, som nå ble ytterligere forsterket ved at spennende og utfordrende funksjoner skulle sentraliseres.

”Og så opplever jeg, og det har jeg også turt å si, at man vedlikeholder alle negative følelser innad i en gruppe hvis man dyrker negativiteten i det, så er det en selvforsterkende prosess.” (Informant 1)

Forholdet mellom avdelingene før omorganiseringene hadde nok stor betydning for hvordan en ny tverrgående leder opplevde sin egen situasjon, og det kom klart fram at sykehusledelsen sitt ansvar for å hjelpe og støtte de tverrgående faglige lederne oftest var fraværende.

5 Generell diskusjon

Jeg vil legge vekt på tre hovedfunn i undersøkelsen som belyste problemstillingen om hvordan tverrgående ledelse fungerer, hvorfor den fungerer slik og utfordringene med den type ledelse. Det første er at alle informantene valgte å ha klinisk arbeid i tillegg til lederstillingen, hvorfor de valgte det, og hvordan det innvirket på jobben de utførte. Det andre hovedfunnet er manglende samsvar mellom ansvar og myndighet og det økende byråkratiet i fusjonerte helseforetak og hvordan det innvirker på lojalitetskonflikter mellomledere kan oppleve. For det tredje er det de ansattes motstand mot omorganiseringer som de følte truet deres kultur og ville føre til dårligere pasientbehandling.

Til slutt vil jeg gjøre noen metode refleksjoner og vurdere validiteten og generaliserbarheten av undersøkelsen.

5.1 Hvorfor Klinisk arbeid i tillegg til full lederstilling

5.1.1 Betydningen av klinisk arbeid

I denne studien fant jeg at alle hadde klinisk arbeid i tillegg til full lederstilling.

Dette var ikke overraskende fordi leger er sterkt knyttet til sin profesjon, og de færreste vil gi opp faget sitt selv om de får en lederstilling.

Begrunnelsen alle informantene ga for fortsatt å ha klinisk arbeid, selv om stillingen var en ren lederstilling, var at de mente det var nødvendig med en fot innenfor den daglige drift for å gjøre en god lederjobb. Det kan bety at lederne bruker noe mindre tid på ledelse enn de ville gjort hvis de var rene ledere. Men selve ledelsesarbeidet ble kanskje noe lettere fordi de hadde god kjennskap til de ansatte og hvordan de arbeidet.

Innenfor helsevesenet har det vært vanlig å ha klinisk arbeid i tillegg til en lege-lederstilling, selv ganske langt opp i ledelsesnivåene (Ham 2008). Dette er vanlig i alle vestlige land, og er historisk begrunnet i den tidligere medikratiske styringen av sykehusvesenet (Berg 2005). I Mintzberg organisasjonsteori forklares den sterke profesjonsstyringen innenfor helsevesenet. Leger må beholde sin faglighet for å opprettholde sin autoritet blant kollegene, for det er fagligheten som gir dem autoritet, ikke lederposisjonen (Mintzberg 1989).

Ingen av informantene sa at de måtte beholde klinisk virksomhet for å beholde sin kollegiale status, men de ga klart uttrykk for at de måtte beholde fagligheten for å forstå dynamikken i avdelingen, og for å kunne kommunisere med sine medarbeidere.

Noen av informantene brukte også sitt faglige arbeid til å bli kjent på de lokalisasjonene de ikke hadde arbeidet tidligere. Det kunne lære menneskene å kjenne og se hvordan systemene fungerte og ikke fungerte, som kunne få konsekvenser for hvordan problemer kunne løses utfra de forutsetninger som forelå. Jeg har ikke funnet noe i litteraturen om hvordan det faglige arbeid kan styrke tverrgående ledelse, men dersom en leder har mulighet til å jobbe på de ulike lokalisasjoner er det naturlig at det vil kunne styrke deres posisjon som leder. I denne undersøkelsen var det en av informantene som arbeidet klinisk på to av fire lokalisasjoner, ellers hadde de klinisk arbeid på ett sted, der de hadde sitt kontor. Dette fører til en vanskeligere posisjon for tverrgående ledere enn hvis de hadde vært stedlige ledere, for de vil, utilsiktet, få en mye bedre kjennskap til driften det ene stedet i forhold til den eller de andre lokalisasjoner. Det kan igjen føre til at forholdet til medarbeiderne der legelederen ikke arbeider klinisk, blir mer som et profesjonelt leder ansatt forhold, enn som et kollegialt

forhold, og de ansatte der ikke synes de får samme forståelse for sine syn fordi lederen ikke erfarer dem selv.

5.1.2 Hvorfor leger som ledere?

Om det er nødvendig med fagkunnskap for å bli en god leder i helsevesenet har det vært mye diskutert i litteraturen. Mintzbergs beskriver det profesjonelle byråkratiet, hvor profesjonene, og da i første omgang legene, har en egen styring av utdannelsen og spesialiseringen. Det har ført til at det er profesjonen som styrer den faglige driften, og derfor i realiteten avdelingene, fordi administrasjonsledere (de profesjonelle ledere) ikke har den kunnskapen som er nødvendig for å styre den faglige driften (Ham 2008). Profesjonell ledelse har etter hvert tatt over styringen av den administrerende delen av ledelsen i helsevesenet, slik at det har blitt en form for hybrid ledelse av sykehusene (Fitzgerald 1994, Kitchener 2000). Flere av informantene mente at det var nødvendig med leger som ledere på det mellomledernivå de ledet, fordi problemstillingene på dette nivået var nært knyttet til drift. Internasjonalt er det vanlig med den hybride ledelsesmodell, profesjonelle ledere sitter i toppledelsen og administrasjonen, og de faglige ledere på klinikk og avdelingsnivå (Mo 2008, Thorne 1997). Det kan da bli en kollisjon mellom "ovenfra og ned" styringen fra administrasjons- lederne og "nedenfra og opp" ledelsen fra de faglige ledere. Det er klart at det er de faglige ledere som har kontakt med pasienter og medarbeidere som føler omorganiseringen på kroppen, og som merker hvilke konsekvenser det har for pasientbehandlingen, og som må prøve å justere beslutningene til toppledelsen som hovedsakelig ha økonomiske motiver for sine omorganiseringsplaner.

5.1.3 Klinisk arbeid som retrettmulighet?

Ingen oppga som årsak at de ville fortsette med klinisk arbeid for å ha en retrettmulighet. En av informantene sluttet i lederstillingen rett før intervjuet, fordi han var uenig i sykehusledelsens strategi, men uttrykte ikke at han i utgangspunktet hadde tenkt dette som en midlertidig stilling. I litteraturen derimot er det kjent at leger beholder den kliniske delen for å ha noe å falle tilbake på, og at noen ser på lederstillingen som en midlertidig stilling (Moe 2006, Lerum 2009).

I etterkant ser jeg at jeg burde gått mer direkte inn på den problemstillingen for å få klarhet i om informantene så på den tverrgående lederstilling som en midlertidig

posisjon, og om de oftere enn stedlige ledere på tilsvarende nivå ønsket å beholde den kliniske delen av arbeidet, fordi tverrgående lederstilling er en ny modell, som de i utgangspunktet ikke synes var en optimal ledelsesmodell, og heller ikke visste hvordan ville fungere.

5.1.4 Nødvendigheten av stedlig leder

Alle informantene innførte en form for stedlig ledelse på de ulike lokalisasjonene uavhengig om de hadde sykehusledelsens aksept. Dette er i samsvar med Bataldens teori om de kliniske mikrosystemer, og betydningen av å ha en alltid tilstedeværende leder som kjenner enhetens drift og kan styre den (Batalden 2002). Informanten som hadde lengst avstand mellom sykehusene innførte stedlig leder uten at sykehusledelsen visste det, og regnet med tilgivelse i stedet for tillatelse, noe han fikk. Siden alle informantene hadde en form for stedlige ledere, virker det som at sykehusledelsen ikke så det som noen sterk prinsippsak, og at den åpne stillingsinstruksen alle informantene hadde, tillot lederen å forme sin egen modell selv. Siden ett av helseforetakene etter to års drift gjeninnførte stedlig ledelse på alle kliniske avdelinger, er det tydelig at den tverrgående ledelsesmodell er kontroversiell, og at helseforetakene prøver seg fram, uten å ha noen god løsning på hvordan man skal lede fusjonerte avdelinger.

Disse intervjuene viser at å kombinere ledelse med klinisk virksomhet er viktig for å forstå driften av en avdeling, og for å ha en god dialog med de ansatte. Sykehusledelsen bør innse at de administrative lederne er avhengig av et godt samarbeid med mellomlederne for å forme driften i helsevesenet. Modellen med tverrgående ledelse gjør det vanskeligere for mellomlederen å kombinere klinisk arbeid og ledelse, fordi det av praktiske grunner ikke er mulig å ha klinisk arbeid på flere lokalisasjoner.

Ut fra denne undersøkelsen og med støtte fra litteraturen ser det ut til å være viktig med stedlig ledelse for at driften ved de produktive enheter skal være optimal, og at forsøket med tverrgående ledelse kan føre til dysfunksjonelle pseudofusjonerte enheter.

5.2 Ansvar og myndighet

5.2.1 Misforholdet mellom ansvar og myndighet

I studien gikk det fram at misforholdet mellom ansvar og myndighet som informantene følte var et stort frustrasjonsproblem. Dette skyldtes for en stor del at de hadde et

ansvar for å gjennomføre tiltak som den administrative ledelse innførte, men følte at de hadde liten mulighet til å forme endringene og utviklingen i den retning de synes var hensiktsmessig, og at de ulike endringsdirektiver ikke ble fulgt opp med de nødvendige midler. Som tverrgående ledere skulle de representere alle de fusjonerte lokalisasjonene, men de følte de hadde liten mulighet til en "nedenfra og opp" påvirkning, omorganiseringen ble styrt fra helseforetakets administrative ledelse. Dette er i tråd med litteraturen som viser at i ovenfra og ned styrte fusjoner blir det konflikter mellom den faglige ledelsen (legene) og sykehusledelsen (Choi 2011, Fulop 2005), noe jeg vil komme nærmere tilbake til i et senere tema.

5.2.2 Manglende beslutningsmyndighet

Følelsen av lite samsvar mellom ansvar og myndighet var ikke noe alle informantene følte, spesielt var det en av dem som mente at han hadde ganske gode muligheter til å utøve innflytelse på utviklingen, men han følte at det store problemet er at det kun fokuseres på økonomiske innsparinger fra sykehusledelsen, slik at det ikke var tid til å tenke på den faglige utviklingen. Ellers var det ganske stor enighet om at det er noe fundamentalt galt i organiseringen når tverrgående ledere som har ansvaret for driften av flere lokalisasjoner, ikke har myndighet til å ansette en ny person, eller endre på stillingsprosenter uten at det må tas opp på sentralt hold. Denne byråkratiseringen, med uklare grenser om hvem som har myndighet til å bestemme hva, og følelsen av at alt må bestemmes på høyeste nivå, slet på informantene. De stod til ansvar for avgjørelsene, men hadde ikke hatt myndighet til å påvirke utfallet. Det ble et problem for dem overfor de ansatte, som skyldte på nærmeste overordnede, som var lederen på tvers, for de upopulære avgjørelsene som sykehusledelsen hadde tatt.

5.2.3 Mellom barken og veden

I bakgrunns delen beskrev jeg forskjellen på "management" og "leadership", og hvor viktig det er for en organisasjon at det finnes personer som kan fylle disse rollene (Kotter 2001). At en og samme person skal ha evnen til å være både en sterk administrator og en sterk leder er uvanlig, så en velfungerende organisasjon må ofte ha flere personer for å fylle disse rollene. Sykehusledelsen tar oftest på seg begge rollene, mens mellomlederne blir rene administratorer. Dette blir et problem for ledere på det nivået informantene i denne undersøkelsen er. De forventes å være leder av sine

medarbeidere, men fungerer som administratorer for sykehusledelsen. De får ikke fullmakt til å bestemme, og de har ingen reell myndighet, men må utføre direktiver fra sykehusledelsen. Problemet er at sykehuslederne, de profesjonelle ledere, oftest ikke har visjonene og evnen til å motivere og inspirere, og dermed ikke får noe godt administrasjonsapparat. Det er ofte ikke et godt fungerende forhold mellom sykehuslederne og de faglige mellomledere i de fusjonerte helseforetak. Informantene følte at de ble syndebukkene for tiltakene som sykehusledelsen hadde innført, for det var de som stod ansikt til ansikt med sine medarbeidere og måtte forsvare tiltakene. Flere av informantene synes det var belastende at det var deres "egne" som motarbeidet dem. De hadde tatt stillingen fordi de ville fremme sitt eget fagfelt, og jobbe for sin avdelings utvikling i det nye fusjonerte sykehuset. De kom ikke bare i krysspress mellom ledelsen og de ansatte, men også mellom de ansatte på de ulike lokalisasjonene. I litteraturen er det kjent at det er belastende å være i en mellomlederposisjon (Mo 2006, Lerum 2009, Hoff 2001), men som tverrgående leder er man i dobbel forstand skviset, fordi man i tillegg må prioritere mellom de ulike lokalisasjonene, og prøve å "fordele", slik at alle blir tilgodesett. Det er som en av informantene sa, litt som i en søskenflokk, hvor det alltid er krangel om hvem som fikk mest, og foreldrene må mekle og passe på at også den minste får sin del. I fusjonerte helseforetak, er det ikke vanskelig å argumentere for at den største enheten trenger mer penger, utstyr eller bemanning, men det blir helt umulig for en tverrgående leder å beholde sin posisjon som leder og lage en samlet avdeling hvis ikke alle lokalisasjonene føler seg tilgodesett.

5.2.4 Lojalitet

Det at mellomlederne synes at det er lettere å være lojal nedover enn oppover i systemet er forståelig fordi de fleste har hatt sin arbeidsplass blant de ansatte før de fikk lederstillingen, og fordi leger er veldig profesjonstro. Leger har nesten alltid sin identitet i sin egen profesjon, de vil alltid kalle seg lege uansett om de har en rent administrativ stilling, mens andre yrkesgrupper i helsevesenet, hvor sykepleierne er den største, ofte går bort fra sin profesjonsidentitet når de avanserer til høyere stillinger. (Mo 2006, Tsai 2011).

For at mellomledere skal føle at det er en likevekt mellom det ansvaret og den myndighet de har, må byråkratiet reduseres slik at mellomledere også har reell myndighet til å ta beslutninger, og det må bli klarere grenser mellom hvilke

ledelsesnivåer som kan bestemme hva. Det kan ikke fortsette å være slik, som flere av informantene beskrev det, at ingen tør å ta avgjørelser, men hele tiden sender en sak høyere og høyere opp i byråkratiet, og kanskje ender den tilslutt i det regionale helseforetak eller i Helsedirektoratet i en helt endret form.

5.3 Motstand mot endring

5.3.1 Sammenslåing av sykehus

Undersøkelsen viste at en av de største utfordringene informantene hadde var medarbeidernes motstand mot endringer. I en tverrgående lederstilling i nylig fusjonerte helseforetak var en av de viktigste oppgavene å lage en avdeling av de tidligere selvstendige avdelinger. For å klare det var informantene avhengig av et samspill med sine medarbeidere. Mange av de ansatte var motstandere av fusjonsprosessene, spesielt de enhetene som følte sin eksistens truet, eller var redd for å miste interessante arbeidsoppgaver.

Jeg spurte ikke direkte om informantene selv var enige i fusjonsprosessen de var en del av når de startet i sin tverrgående lederstilling, men to av dem mente klart at det ville styrke faget deres ved å slå sammen avdelingene, men da måtte forutsetningene for en reell sammenslåing være tilstede, helst med samlokalisasjon, men i alle fall med felles IKT systemer og arbeidsplaner. Når intervjuene ble utført hadde prosessene foregått noen år, og selv de som var enige i fusjonen ut fra en faglig begrunnelse, ble mer og mer kritiske til hele prosessen, og spesielt var de skeptiske til hvordan sykehusledelsen styrte utviklingen av fusjonene. Siden informantene møtte mye motstand fra sine ansatte burde sykehusledelsen vært en støtte for dem med veiledning, og vært mer mottakelig for forslag fra informantene om hvordan de skulle gå fram for at medarbeiderne skulle bli en ressurs i stedet for en motstander i omorganiseringen. Det var helt klart at de følte at deres faglige ekspertise ikke ble brukt av sykehusledelsen i omorganiseringsprosessene. Som beskrevet flere steder i litteraturen var det sykehusledernes manglende visjoner og løsningsmodeller, som etter hvert demotiverte informantene i deres forsøk på å samle avdelingene (Choi 2011, Understanding Culture 1995).

5.3.2 Forholdet mellom tverrgående leder og medarbeidere

De ansattes motstand mot endring gjorde at forholdet mellom informanten som leder og medarbeiderne ble anstrengt, fordi fra de ansattes ståsted var informanten en representant for sykehusledelsen, og ble dermed sett som en motpart. Det var spesielt en av informantene som mente at på det sykehuset som følte sin situasjon mest truet, der var motstanden mot ham som leder størst, samtidig som det også var sterkest motstand mot endring. Det at lederne stort sett utførte klinisk arbeid på bare ett sted, kan også være en av årsakene til at det eller de sykehusene følte seg overstyrt av den lokalisasjonen hvor lederen utførte det kliniske arbeidet. De ansatte på lokalisasjonen hvor lederen hadde sin hovedarbeidsplass fikk en dominerende innflytelse på informanten. Dette kan føre til at en tverrgående leder opplever større motstand enn en stedlig leder.

5.3.3 Forholdet mellom tverrgående leder og sykehusledelsen

At de kliniske ledere blir sett på som representanter for sykehusledelsens meninger, og som motparter mot de ansatte, var også tilfelle i begynnelsen av fusjonsprosessen i Stockholm (Choi 2011). De nyansatte kliniske lederne hadde blant annet fått stillingen fordi de var positive til omorganiseringen, og første året støttet de sykehusledelsen, men ettersom omorganiseringen førte til uønskede endringer nedover på avdelingsnivå, uten at de kliniske lederne hadde noen innflytelse på utviklingen, ble det større og større misnøye med toppledelsen. De kliniske lederne ble da mer alliert med sine medarbeidere, og sykehusledelsen ble kraftig kritisert, ikke bare innad i organisasjonen, men også i media, fordi fagpersoner etter hvert tok i bruk media for i det hele tatt å kunne påvirke prosessen (Choi 2011). Den administrative toppledelse hadde alltid holdt en distanse til de kliniske ledere. Informasjonsmøter ble holdt innenfor sykehusledelsen, mens det ble sendt informasjonsskriv ned til de kliniske ledere, noe som forsterket skillet mellom administrativ og faglig ledelse, og dermed ble det enklere for de kliniske ledere å vende seg mot sine ledere, og alliere seg med sine kolleger. I dette tilfellet utvidet motstanden mot fusjonen seg fra tidlig i prosessen til stort sett å gjelde fagpersoner uten lederstilling, til også å gjelde mellomledernivåene. Som beskrevet tidligere har leger en sterk profesjonstilknytning, og selv om de som ledere kan distansere seg fra sine kolleger, vil de aldri føle seg som kolleger med de administrative profesjonelle lederne (Thorne 1997).

5.3.4 Kulturforskjeller

Motstand mot forandring er ikke enestående for helsevesenet, men beskrives i flere artikler ved store omorganiseringer i bedrifter (Buono 1985, Kotter 1995, Kotter 2001, Understanding Culture 1995). Felles for disse artiklene er at de legger stor vekt på organisasjonskulturen i de ulike bedrifter, og viktigheten av å ta hensyn til dem under omorganiseringen. Grunnen til at fusjoner mislykkes, eller tar veldig lang tid å gjennomføre, er ofte at toppledelsen går for raskt fram, uten å analysere de ulike kulturer, og forstår hvordan de må bearbeide de ansatte for å få til en endring, eller kanskje gå bort fra en tiltenkt endring hvis medarbeiderne har gode argumenter for å bevare det som er.

Både Kotter og Buono peker på betydningen av at ledelsen har en visjon, som de gjentatte ganger deler med de ansatte, for å dempe de ansattes motstand mot forandringer. I fusjonsprosessene i denne undersøkelsen, hadde ikke informantene noen klare visjoner de skulle arbeide mot. Sykehusledelsens mål var kostnadsreduksjon gjennom effektivisering, men ut fra litteraturen kan ikke det brukes som visjoner når man skal omorganisere. Det er spesielt Kotter i sine to artikler om omorganiseringer av bedrifter som påpeker betydningen av å ha en visjon, og ikke bare planer hvis en omorganisering skal lykkes. Som beskrevet i bakgrunns delen må disse visjonene ikke være langtidsmål, men det må hele tiden være noen kortsiktige mål som er gjennomførbare for at sluttresultatet skal bli vellykket. Disse målene må kunne justeres fortløpende i samarbeid mellom ledelsen og de ansatte. Han påpeker at de ansatte aldri vil ofre sin organisasjonskultur hvis de ikke tror at forandring fører til bedring. Ledelsen må derfor være fleksibel og i en konstant dialog for å lykkes med en større omorganisering. Det er ikke tilstrekkelig at beskjeder om endringer forstås, de må også aksepteres av personalet (Kotter 1995, Kotter 2001).

Det var kun en av informantene som klart sa at han følte at han krenket de ansatte når meningen var at han skulle gjennomføre felles prosedyrer på de ulike lokalisasjonene. De lokale prosedyrene var laget ut fra deres pasientgrunnlag og arbeidsrutiner over flere år, og det var slett ikke sikkert at felles prosedyrer, hovedsakelig laget på det største sykehuset, egnet seg for bruk på alle lokalisasjonene. Om man kan kalle dette kulturforskjeller er et definisjonsspørsmål, men det er en del av organisasjonskulturen, og selv om prosedyrer er en liten brikke i en omorganisering, kan det skape store følelser hvis man prøver å endre på noe som fungerer før det er diskutert og akseptert

hos de ansatte. I Fulops undersøkelse av fusjonsprosesser i England, lykkes de ikke med forsøket på å lage felles "good practise" på sykehusene, noe som ble tillagt de ulike organisasjonskulturer (Fulop 2005).

I artikkelen "Understanding Culture" som tar for seg fusjonering av to sykehus, hvor det ene opprinnelig var et katolsk sykehus, påstår forfatteren at mange fusjonsprosesser mislykkes fordi kulturene kolliderer i stedet for at de forenes. Kultur blir der sett på som en del av menneskers basisbehov, en måte å ha kontroll over det uforutsigbare. Derfor må det ved nødvendige omorganiseringer brukes mye tid sammen med de ansatte, og det må bygges nettverk mellom de ulike aktører, slik at de ansatte føler at deres kultur blir tatt på alvor. De må få innsikt i andre kulturer som de etter hvert kanskje vil forstå er mer egnet for den aktuelle drift enn den gamle kulturen de selv representerer (Understanding Culture 1995).

5.3.5 Konkurrerende enheter

Kultur er et sentralt begrep som influerer på hvordan mennesker opptrer og samhandler i et samfunn, og på organisasjonsplan former kulturen hvordan vi oppfører oss. Vanene, det normative lim, holder en organisasjon samlet gjennom gradvis utvikling av felles regler og forventninger, og dermed utvikling av en felles kultur (Thorne 1997). I denne undersøkelse viste det seg at på de avdelingene som før fusjonen hadde et konkurrerende forhold, ofte som et lillebror-storebror-kompleks, var motstanden mot endring så stor at informanten som tverrgående leder følte det som en stor stressfaktor, noe han mente sykehusledelsen ikke hadde tatt høyde for eller ville forstå. Ut fra Thornes kulturbegrep kan man si at kulturforskjellene var så dyptgripende at informanten hadde en konstant følelse av å stange mot en mur når han skulle prøve å bearbeide og informere de ansatte. Motstanden mot endring kan delvis være kulturbetinget, men leger som var den yrkesgruppen som motarbeidet fusjonsprosessen mest i denne undersøkelsen, har en sterk faglig autonomi og godtar ikke endringer hvis det ikke fører til bedring for faget og pasientene (Thorne 1997, Hoff 2001, Ham 2003, Mo 2008).

5.3.6 Hvorfor gjenta andres feil?

Ansattes motstand mot store omveltninger i en fusjonsprosess er velkjent, og helseforetakslederne og politikerne burde kjent til det før de igangsatte

fusjonsprosessene. Det skulle ikke være nødvendig at alle fusjonsprosesser i helsevesenet gjør samme feil, når problemet er påpekt i internasjonal litteratur i flere år. Og det er ikke et norsk eller skandinavisk problem, men velkjent i alle vestlige land (Choi 2011, Werkö 2003, Hoff 2001, Ham 2003, Sheldon 2001). Det er heller ikke enestående for Norge at politikere og sykehuseiere iverksetter store omorganiseringer som styres ovenfra, uten å ta hensyn teoretisk bakgrunnsinformasjon, men det er ingen unnskyldning for ikke å sette seg inn i litteraturen (Werkö 2003).

Det er mellomledernivået, hvor informantene i denne studien befinner seg, som tidligst merker problemet på kroppen, for det er de som er i daglig kontakt med medarbeiderne, og får merke de ansattes frustrasjon. Slitasjen på de kliniske ledere blir større enn den burde, for hadde omorganiseringen blitt utført på en annen måte, med større innflytelse og forståelse fra profesjonene, hadde mellomlederne hatt en enklere jobb. Når i tillegg disse mellomledere er tverrgående ledere som må forholde seg til ansatte på ulike lokalisasjoner med forskjellige mål og interesser, har de en enda vanskeligere situasjon enn en stedlig leder.

5.4 Validitet og overførbarhet

5.4.1 Validitet

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet og klargjøre muligheter og begrensninger (Malterud 2008).

Som forsker har jeg vært alene om å intervju, transkribere og tolke resultatene. Det er en mulighet for at dersom vi hadde vært to forskere så kunne tvetydigheter og uklarheter lettere blitt klargjort, men der har jeg måttet støtte meg til min veileder for justeringer. Jeg kunne også rådført meg med informantene etter transkripsjonen, for å få klargjort om jeg har forstått det de sa, fått den rette meningen ut av det, men det hadde jeg ikke tid til, og min avtale med informantene var begrenset til selve intervjuet. Jeg var sjelden usikker på meningen informantene hadde i intervjuet, slik at jeg ikke følte behov for å ta kontakt med dem igjen.

Da jeg valgte tema for oppgaven var jeg kritisk til om tverrgående ledelse var en god ledelsesmodell i fusjonerte helseforetak. Min kritiske holdning kan ha preget tolkningen av informantenes utsagn, og kan også ha hatt innvirkning på hvordan jeg stilte spørsmålene. Jeg prøvde å ha et åpent sinn, og mener jeg fikk data på det jeg spurte om og var interessert i. Tidligere har jeg vært inne på at det at jeg har samme profesjon som

informantene kan ha preget både spørsmålstillingen og svarene de ga, og at det kan stilles spørsmål ved undersøkelsens reliabilitet, om resultatene kan reproduseres av andre på et annet tidspunkt (Kvale 2009). Jeg mener at dette kan både ha vært en fordel og en ulempe for undersøkelsen. Fordelen kan være at informantene la mindre bånd på seg, var mer åpne fordi jeg også er lege, men samtidig hadde de kanskje forklart sine standpunkter klarere hvis jeg ikke hadde vært lege.

I etterkant ser jeg at det er enkelte spørsmål jeg burde gått dypere inn i for å klargjøre problemstillingene ytterligere. Det er lett å se retrospektivt på det som burde vært bedre, men jeg føler at undersøkelsen har klargjort flere problemer modellen med tverrgående ledelse har.

5.4.2 Overførbarhet

Med et så begrenset utvalg som i denne studien, er det vanskelig å si at funnene er allmenngyldige, at de er generaliserbare. I hvilken grad er standpunktene til informantene overførbare til andre tverrgående ledere som sitter i en mellomlederposisjon i norske helseforetak? Det at intervjupersonene var fra ulike helseforetak i landet, og at deres oppfatning av hvordan tverrgående ledelse fungerte og hvilke utfordringer de møtte var forholdsvis like, er en grunn til at jeg mener at studien har en generaliserbarhet, at den kan ha betydning for fusjoner av andre helseforetak når de skal velge ledelsesmodell. Det som styrker overførbarheten er at funnene i denne undersøkelsen samsvarer med den internasjonale litteraturen.

6 Konklusjon

Troen på fagkunnskapen og den medisinske ekspertise har preget utformingen av det norske helsevesen og har et sterkt fotfeste. Ansvaret for sykehuset som virksomhet, og for å legge til rette for forsvarlig utredning og behandling samt for den økonomiske driften, ligger hos den formelle organisasjonen, i praksis helseforetaket. Beslutningene om hvordan driften skal utøves, de ressursutløsende beslutninger, tas på avdelingsnivå av fagpersoner (Moe 2006). Dette fører til at sykehusene i realiteten styres både ovenfra og nedenfra, i en hybrid styringsmodell.

De store omorganiseringene innenfor helsevesenet, som de siste årene har vært i form av fusjoner mellom flere sykehus, har vært iverksatt av sykehusledelsen, og har møtt

stor motstand hos de ansatte fordi de mener at omorganiseringen vil føre til dårligere pasientbehandling, men også fordi mange ansatte har følt sin arbeidsplass truet. Et ledd i det å få stordriftsfordeler er å slå sammen avdelinger, og redusere antall avdelingsledere ved å innføre tverrgående ledelse på avdelings-, seksjons- og enhetsnivå.

Tverrgående legeledere på avdelingsnivå er en mellomlederstilling hvor lederens oppgave er å gjennomføre sykehusledelsens vedtak på avdelingsnivå, samtidig som å være de ansattes representant. Det er kjent at mellomledere lett kommer i en lojalitetskonflikt, de skal både representere sykehusledelsen og de ansatte som ofte har motstridende interesser. For tverrgående ledere er det enda vanskeligere, de skal representere og lede ansatte på forskjellige lokalisasjoner, som også ofte har motstridende interesser. Lojalitetskonflikten kan dermed oppstå i flere retninger, noe som fører til en ekstra utfordring i forhold til en stedlig leder.

De tverrgående lederne i denne studien innførte en form for stedlig ledelse på de lokalisasjonene de ikke hadde sitt hovedsete og sitt kontor, for de mente at de operative enheter, de kliniske mikrosystemer, var avhengig av kontinuerlig stedlig ledelse for at driften skulle være best mulig. Fusjonering av sykehus er en pågående prosess i Norge, og helsepolitikere og sykehusledere bør lære av erfaringene deres mellomledere gjør, samtidig som de burde ha satt seg bedre inn i litteraturen om sammenslåing av helseforetak så de ikke trengte å gjøre akkurat samme feil som andre helseforetak har gjort før dem.

Ved fusjonsprosesser i helsevesenet skal man prøve å forene flere sykehus som over lang tid har bygget opp en egen kultur som er hensiktsmessig på deres arbeidsplass. Helsepolitikere bør tenke nøye gjennom saken før de beslutter store omorganiseringer, for det går raskt å rive ned en velfungerende organisasjon, men det tar lang tid å bygge opp en ny og bedre. Undersøkelser har vist at godt fungerende pasienttilbud ofte blir dårligere etter fusjoner, noe som er en del av årsaken til den store motstand medarbeidere ofte har til omorganiseringsprosesser (Hallin 2000, Fulop 2005, Werkö 2003, Understanding Culture 1995).

Leger er sterkt knyttet til faget sitt, og ledere i en mellomposisjon vil oftest beholde klinisk arbeid i tillegg til lederstillingen. Denne undersøkelsen viste at en forutsetning for å kunne lede avdelingen var at man hadde kjennskap til driften. Problemet for tverrgående ledere var at det bare var praktisk mulig å utføre klinisk arbeid på en av

lokalisasjonene, og dermed får de ikke samme kjennskap til driften på de andre stedene. Dersom sykehusledelsene bevarer tverrgående ledelse på avdelingsnivå som modell på fusjonerte sykehus, må de ha bedre forståelse for hvor store utfordringer avdelingslederen møter. Ledelsesapparatet på høyere nivå bør fungere som en støtte, og enkelte ganger ta ansvar for avgjørelser, slik at ikke den tverrgående avdelingsleder står alene og får skylden for beslutninger som er tatt høyere opp i systemet.

Det økende byråkratiet i fusjonerte helseforetak med uklare beslutningsnivåer og ledernes følelse av manglende samsvar mellom ansvar og myndighet er ikke enestående for tverrgående ledere, men er et stort problem i de store omorganiserings- prosessene som fortsatt foregår.

Ved framtidige fusjoneringer bør politikere og sykehusledelse sette seg inn i litteraturen om tilsvarende prosesser og stille seg spørsmålet *"hvorfør går det nesten alltid galt? Hva kan gjøres annerledes?"*

7 Referanser

Batalden P, Nelson E, (2003) "Microsystems in Health Care: Part 5. How Leaders are Leading". *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. Vo. 29, 297-308.

Berg O (2011) "Overlegen: En fortelling i tre avsnitt" *Overlegen*, nr 1, Jubileumsnummer, s 9-21

Berg Ole (2005) "Fra politikk til økonomikk", Tidskriftets skriftserie.

Buono A, F, (1985). "When Cultures Collide: The Anatomy of a Merger". *Human Relations*. Vol 38, No 5, 1985: 477-500.

Chaffey, P, (2011). "Kunsten å lede vitenskap". *Samtiden*, 02. Artikkel 12, s 110-124.

Choi S (2011), "Executive management in radical change-The case of the Karolinska University merger". *Scandinavian Journal of Managment*. 27:11-23.

Choi S (2009), "Logics of pre-merger decision-making processes". *Journ of Health Organization and Managment*. Vol 23, No 2: 240-254.

Clarke J and Newman J (1997), "The Managerial State". *Sage Publication*, London

Connor R A, Feldman R D, (1997), "Which Types of Hospital Mergers Save Consumers Money?": *Health Affairs*- Vol 16, 6, (62-74)

Creswell J, 2003. "Qualitative procedures in reasearch design: qualitaive, quantitative and mixes methods approaches." London, Sage, 2003:186-7.

Dagens Medisin (2011), "Leder tilstede i 18 av 59 avdelinger".

Egge A (2011) "Stedsovergripende ledelse – en systemkritikk", *Overlegen*, s 40-41

Egge A (2011). "Stedsovergripende ledelse – en systemkritikk". *Overlegen* 3, 40-41

Fitzgerald L (1994). "Moving Clinicians into Management. A Professional Challenge or Threat?" *Journal of management in Medicine* Vol 8; No 6: 32-43

Fulop N (2002). "Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis" *BMJ* Vol 325, 3. August

Fulop N (2005). "Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England". *Social Science and Medicine*" 60:119-30

Gjerberg E, Sørensen BA (2006). "Enhetlig ledelse i sykehus". *AFI-rapport*, Arbeidsforskningsinstituttet. Nr 3

Hallin B (2000). "Hela havet stormar – etablering av ledning inom ett sammanslaget universitetssjukhus" . *Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen* Rapport 5, Göteborgs universitet

- Ham C (2003), "Improving the performance of health services: the role of clinical leadership". *Lancet*, 361:1978-80
- Ham C (2008), "Doctors in leadership: learning from international experience". *The International Journal of Clinical Leadership*. 16:11-16
- Hoff T (2001), "Exploring Dual Commitment Among Physician Executives in Managed Care". *Journal of Healthcare Management*. Mar/Apr, 46,2: 91-111
- Kirkpatrick I (2009). "Medicine and management in a comparative perspective: The case of denmark and England". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31 No. 5: 642-58
- Kitchner M (2000). "The "Bureaucratization" of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals". *Organization* 7: 129-154
- Kjekshus LE (2007), "Organisasjonsutvikling ved norske sykehus". *Tidsskr Nor Lægeforen*, nr 3;127:288-90
- Kjekshus LE (2010), "Helseforetagens interne organisasjon og ledelse". *INTORG 2009*, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
- Kjekshus LE, (2011), "En evidensbasert fusjon?", *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131:2497-9
- Klausen KK (2001), "Skulle det være noget særligt? – organisation og ledelse i det offentlige". *Børsens Forlag*. Danmark
- Kotter JP (2001) "What Leaders Really Do". *Breakthrough Leadership*, December 2001, pp85-96.
- Kotter JP (1995). "Leading Change: Why Transformation Efforts Fail". *Harvard Business Review*. March – April 1995:59-67
- Kristensen T, (2010), "Potential gains from hospital merges in Denmark". *Health Care Manag Sci*. 13:334-345.
- Kvale Steinar, Brinkmann Svend. 2009. "Det kvalitative forskningsintervju". *Gyldendal*. 2.utgave
- Lerum SV, (2009), "Formelle og uformelle føringer på sykehus" Masteroppgave i sosiologi, Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet, Universitetet i Oslo.
- Malterud Kirsti, 2008, "Kvalitativ metode i medisinsk forskning", *Universitetsforlaget*. 2.utgave.
- Mintzberg Henry (1989), "Ch 10; The professional organization". *Mintzberg on Management*. The Free press
- Mo TO (2008), "Doctors as managers: moving towards general management?", *Journal of Health Organization and Management*. Vol.22, No 4, 400-15.

Moe TO (2006) "Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus". *Doktoravhandling, Norges teknisk- naturvitenskapelig universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosiologi og stttsvitenskap.*

Nelson E (2002), "Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from High Performing Front-Line Clinical Units". *Joint commision Journal on Quality Improvement.* 28(9):472-93

Ot prp.10, (1998-99), " Om lov om spesialisthelsetjenesten med mer". *Det konglige sosial og helsedepartement, Oslo.*

Quinn JB (1992). "Intelligent Enterprise. A knowlegde and service based paradigm for industry". *The Free Press*

Sheldon T (2001). "It ain't what you do but the way that ypu do it". *J Health Serv Res Policy.* Vol 6, No 1 January 2001: 3-4

Stortingets spørretime 28 november 2011. <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2011-2012/111128/>

Storvik AG (2011). " Skal ikke gå ut over pasientene". Konst. Dir J.E. Thoresen ved OUS. *Dagens Medisin* 20. 24 november 2011

Storvik AG (2011). "Leder tilstede i 18 av 59 avdelinger". *Dagens Medisin* 20, Torsdag 24 november 2011.

Thorne ML (1997). "Being a clinical director: first among equals or just og-between". *Health Service Managment Reasearch* . 10, 205-15

Tsai, Y, (2011). "Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction". *BMC Health Service Research*, 2011, **11**: 98

"Understanding Culture: Key Messages for Leadership " (1995). *Health Progress.* 20-24

Weber M, (1990) "Makt og byråkrati" *Gyldendals Fakkelseie*

Werkö L (2003). "Förändring av vårdens organisation bör grundas på vetenskap". *Läkartidningen* Nr 11, Vol 100: 946-51

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Informasjon om studien

Fra studieåret 2010/2011 har jeg vært student ved det erfaringsbaserte masterstudie i helseadministrasjon og ledelse (EMA), ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave med arbeidstittel "Tverrgående ledelse – å lede flere avdelinger på geografisk forskjellige steder".

Til daglig arbeider jeg som overlege ved Bilde og intervensjonsklinikken, barneradiologisk enhet, på Oslo universitetssykehus, avdeling Rikshospitalet.

De siste årene har det vært stadige omorganiseringer i helsevesenet, med sammenslåing av flere sykehus til et stor-sykehus med felles ledelse. Det er ikke bare på overordnet administrasjons plan at ledelsen er slått sammen, men helt ned på avdelings- og seksjonsnivå er det flere steder innført en felles leder.

Målgruppen i undersøkelsen er overleger som har lederstilling på avdeling og seksjonsnivå, og som nå er ledere på flere avdelinger/seksjoner som er geografisk adskilt.

I første del av oppgaven vil jeg studere hvilken teori ledelsen i helsevesenet har lagt til grunn for sin beslutning om å innføre tverrgående ledelse og om det finnes vitenskapelige undersøkelser innen ledelses- og organisasjonsteori som viser at å lede flere enheter på geografisk ulike steder er rasjonell ledelse, og om det kan vise til mer enhetlige fungerende avdelinger.

I andre del av studien vil jeg undersøke hvilke utfordringer overlegene møter i sin lederrolle når de ikke alltid er fysisk tilstede på avdelingen, og finne ut av hvordan ledelse på tvers har fungert på noen av de avdelingene det er innført.

For å finne svar på det andre spørsmålet vil jeg intervju overleger som er tverrgående ledere om deres erfaring og utfordringer de har møtt med denne type ledelse.

Temaer som bl. annet tas opp er:

- Spesielle utfordringer ved å være "Tverrgående" leder i motsetning til å være "plassbundet" leder.
- Ulike "kulturer" på avdelingene/seksjonene som ledes, byr det på spesielle utfordringer?
- "Tverrgående" ledelse på ditt ledernivå, er det en god ledelses modell?
- Oppnår man følelsen av en enhetlig avdeling/seksjon med tverrgående ledelse?

Intervjuet vil vare fra 45-60 minutter. Jeg kan komme til din arbeidsplass, og vi blir sammen enig om tid og sted. Det skal gjøres digitale opptak av samtalen. Lydopptaket vil etterpå bli skrevet ned (transkribert), og senere analysert etter kvalitative forskningsmetoder.

Tekstene vil ikke inneholde navn på personer, avdelinger eller sykehus, og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det transkriberte materialet anonymiseres, og lydfilene slettes når oppgaven er ferdig.

All deltakelse er selvfølgelig frivillig og samtykket kan trekkes tilbake på hvilket som helst tidspunkt under undersøkelsen uten begrunnelse. Dersom du trekker deg etter intervjuet vil det transkriberte materialet bli slettet.

Veileder for mastergradsprosjektet er førsteamanuensis Gudmund Nordby, til daglig avdelingsoverlege ved medisinsk avdeling, Lovisenberg sykehus.

Ved spørsmål kan undertegnede kontaktes på mail : iaagenes@gmail.com eller tlf: 97718135.

Ved eventuelle spørsmål til veileder kan Gudmund Nordby kontaktes på mail : gudmundnordby@gmail.com

Oppgaven planlegges ferdig innen sommeren 2012 og vil bli publisert på DUO, Universitetet i Oslo. En trykket kopi av oppgaven kan sendes til informantene som ønsker det.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) .

8.2 Vedlegg 2

Intervjuguide

1. Bakgrunns spørsmål

- Hvordan fikk du denne jobben?
 - Utlyst stilling?
 - Søkte du
 - Oppfordret til å søke
 - Innplassering?
- Hvilken ledelsesutdanning og/eller erfaring har du?
- Hvor lenge har du hatt/hadde du stillingen?
- Er du kun leder for leger, eller også for andre yrkesgrupper?

Intervjuspørsmål

2. Organisering

- Kan du beskrive hva jobben din innebærer? Hvordan fordeler du deg praktisk på de ulike stedene?
- Hvor stor del av din arbeidsuke brukes til ledelse?
- Har du en skriftlig instruks om lederrollen, en stillingsinstruks?

3. Informantens oppfatning av tverrgående ledelse

- Synes du det er en god ledermodell at en leder har ansvaret for flere tilsvarende avdelinger på ulike geografiske steder?
 - Er tverrgående ledelse en forutsetning for at fusjonering av sykehus skal lykkes?
- Hvilke utfordringer har du møtt?
- Har du myndighet til å ta viktige administrative og strategiske beslutninger på vegne av din avdeling/seksjon?
 - Har dine medarbeidere en realistisk forståelse for hvor stor myndighet du har?

4. Informantens kjennskap til de ulike avdelingene han/hun leder

- Føler du deg like "personlig" i lederrollen på de ulike stedene?
- Kjenner du stedene like godt/dårlig?

5. Kulturforskjeller

- Hver avdeling har sin egen kultur som er forankret over mange år. Kan du beskrive de ulike kulturer, og hvordan du må lede forskjellig på de ulike stedene?
- Føler medarbeiderne at den nye organisering av ledelse truer deres kultur?
- Har du opplevd "sjalusi" problemer? (storebror-lillebror kompleks)

6. Medarbeiders oppfatning av lederen

- Føler du at medarbeiderne støtter deg som leder? Forstår medarbeiderne hva din jobb innebærer?
- Forstår de hvilken mellomposisjon du står i?
- Er det forskjell på de ulike stedene?
- Føler du noen gang at du blir boikottet?
- Har du noen ganger problemer med å gjennomføre lederrollen?

7. Lojalitet

- Er det problematisk å være lojal både overfor dine medarbeidere og dine overordnede? (Skviset?)
 - Eller å opptre lojalt overfor flere avdelinger samtidig? – Interessekonflikter mellom de ulike avdelinger.
- Må du ofte formidle ledelsens beslutninger til dine medarbeidere som du ikke er enig i?
 - Eller omvendt?
- Føler du at leger ofte er lojale overfor sine legeledere?

8. Strategi

- Hvilken strategi bruker du for å lykkes i lederrollen?
- For at avdelinger i fusjonerte sykehus skal fungere som en samlet enhet, har du noen tanker om hvilke tiltak som da må iverksettes? (eks: rotere arbeidstakere?, felles IKT system? økonomiske tilskudd?)
- Kjenner du som leder til helseforetakets strategi/begrunnelse for å innføre tverrgående ledelse?


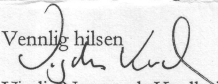
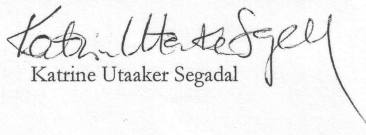
9. Framtidig ledelses struktur

- Tror du tverrgående ledelse blir en varig ledelses struktur innenfor HF?
- Kjenner du til utenlandske sykehus sammenslåinger som bruker denne ledelsesmodellen?
 - Fungerer det godt der?

Sluttspørsmål

- Er det noe jeg har glemt å spørre om?
- Har du noe mer å tilføye?

8.3 Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES		
Gudmund Nordby Avdeling for helseledelse og helseøkonomi Universitetet i Oslo Postboks 1089 Blindern 0317 OSLO		Harald Hårfages gate 29 N-5007 Bergen Norway Tel: +47-55 58 21 17 Fax: +47-55 58 96 50 nsd@nsd.uib.no www.nsd.uib.no Org.nr. 985 321 884
Vår dato: 17.10.2011	Vår ref: 28171 / 3 / KS	Deres dato: Deres ref:
KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER		
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:		
28171 Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student	Tversgående ledelse - å lede flere avdelinger på geografiske forskjellige steder Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder Gudmund Nordby Ingegerd Aagenæs	
<p>Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.</p> <p>Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.</p> <p>Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.</p> <p>Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp.</p> <p>Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.</p>		
Vennlig hilsen  Vigdis Namtvedt Kvalheim	 Katrine Utaaker Segadal	
Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42 Vedlegg: Prosjektvurdering Kopi: Ingegerd Aagenæs, Husebybakken 48, 0379 OSLO		
<small>Avdelingskontorer / District Offices: OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kymr.svarva@svt.ntnu.no TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no</small>		